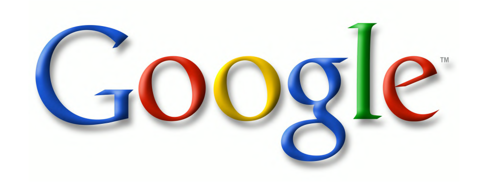
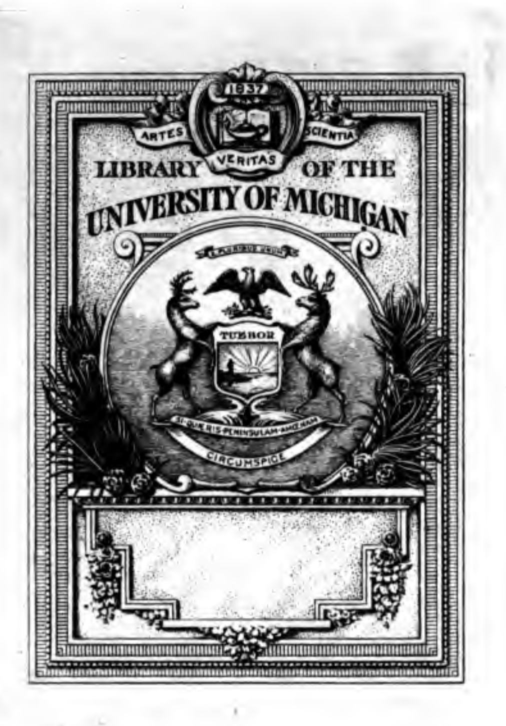



1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

XII.

Conditions de l'abonnement :

Les *Annales de la chirurgie française et étrangère* sont publiées tous les 15 du mois, depuis Janvier 1841, par cahier de huit feuilles in-8° (128 pages), caractère philosophie pour les mémoires, et petit-texte pour les Variétés et la Bibliographie, avec planches.

Prix de l'abonnement par an, à Paris : 20 *fr.*

Franc de port, pour les départemens : 24 *fr.*

ON S'ABONNE CHEZ LES LIBRAIRES SUIVANS, *à :*

Amsterdam, Van Bakkenes, Caarelsen.
Besançon, Bintot.
Berlin, Behr, Hirschwald.
Bordeaux, Ch. Lawalle.
Brest, J. Hébert, Lepontois.
Bruxelles, J.-B. Tircher.
Dublin, Hodges et Smith.
Edimbourg, Maclachlan et Steward.
Florence, G. Piatti; Ricordi et Jouhaud.
Genève, Cherbulliez et C°.
Leide, Luchtmans; Vander Hoek.
Leipzig, L. Michelsen; Brockhaus et Avenarius.
Lyon, Ch. Savy.
Liège, Collardin; J. Desoer.
Lisbonne, Rolland et Semiond.
Marseille, v° Camoin; L. Chaix.
Madrid, Denné, Hidalgo et C°.
Milan, Dumolard et fils.
Montpellier, L. Castel, Sevalle.
Moscou, Gautier et C°; Urbain et Renaud.
Nancy, Grimblot, Senef.
Nantes, Buroleau, Forest.
Perpignan, Julia frères.
Pétersbourg, Bellizard et C°; Graeffe; Hauer et C°.
Rochefort, Penard.
Rouen, Lebrument.
Strasbourg, Dérivaux; Treuttel et Wurtz.
Toulon, Monge et Villamus.
Toulouse, Lebon, Gimet, Delboy, Senac.
Turin, J. Bocca, Pic.

Imprimé chez Paul Renouard, rue Garancière, n° 5.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

PUBLIÉES

PAR MM. BÉGIN, MARCHAL (de Calvi), **VELPEAU**
ET VIDAL (de Cassis).

TOME DOUZIÈME.

PARIS.

J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, N° 17.

A Londres, chez H. Baillière, 219, Regent-Street.

Et chez les principaux libraires français et étrangers.

1844.

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

ESSAI

sur la grossesse extra-utérine abdominale (péritonéale).

(Anatomie pathologique, causes et symptômes.)

Par le docteur J.-B.-S. HILLAIRET.

Les recueils scientifiques de tous les âges et de tous les pays contiennent beaucoup d'exemples de grossesse extra-utérine péritonéale, et malgré cela l'on n'a point encore de description complète de cette maladie. Aussi, si je me décide à écrire sur ce sujet, ce n'est pas tant pour dire des choses nouvelles, car je n'ai aucun fait qui m'appartienne en propre, que pour étudier d'une manière didactique l'histoire de la partie la plus ignorée peut-être des sciences médicales. Des erreurs de diagnostic, et par suite, de thérapeutique, se sont glissées trop souvent dans l'esprit des chirurgiens, pour que je n'entreprenne pas aujourd'hui cette tâche. Heureux si je puis mériter la bienveillance de mes lecteurs.

L'existence de la grossesse péritonéale est aujourd'hui hors de doute, et des faits nombreux sont venus trop sou-

vent confirmer l'opinion d'observateurs déjà anciens, pour que l'on puisse songer à contester la réalité fâcheuse, du reste, de la manière de voir à cet égard, de chirurgiens tant anciens que modernes.

C'est parmi les modernes que des doutes, que dis-je? des protestations très énergiques, ont été formulées contre la grossesse péritonéale, et M. Breschet est l'un de ceux qui ont combattu cette opinion avec le plus d'acharnement. Cependant, si l'on consulte les recueils nombreux où de bonnes observations, suivies de bonnes descriptions anatomo-pathologiques, ont été consignées par des hommes de talent et de bonne foi, si l'on médite ces faits, on doit rester convaincu qu'il existe aussi bien des grossesses intra-péritonéales que des grossesses tubo-utérines, et surtout interstitielles, dont le mécanisme offre à l'intelligence des difficultés presque insurmontables.

Quoi qu'il en soit, j'entre en matière, et, me basant sur l'étude des observations nombreuses que je crois avoir méditées avec quelque attention, je vais passer en revue les différentes variétés de grossesses péritonéales qui se trouvent dans le domaine de la science. Mais avant, il me sera, je crois, utile d'entrer dans quelques détails rélativement à certaines opinions.

Et d'abord, « la fécondation se faisant dans l'ovaire, il est tout simple que l'ovule vivifié tombe quelquefois dans le ventre au lieu de s'engager dans la trompe. En réfléchissant à la disposition anatomique des parties, on est même porté à croire que cet accident ne doit pas être rare. Si la grossesse abdominale n'est pas plus fréquente, dit M. Bianchi, c'est que la très grande majorité des germes qui s'échappent ainsi meurent avant d'avoir pu se greffer sur la membrane

séreuse qui les reçoit. » Cette opinion de M. le professeur Velpeau me paraît extrêmement juste, et les observations de M. Lallemand qui trouva une grossesse péritonéale chez une femme qui *avait éprouvé une commotion morale très violente à l'instant des plus grandes jouissances*, de Baudelocque, de Bellivier, sont bien suffisantes pour me fortifier dans cette manière de voir, si, d'une autre part, je ne néglige pas d'envisager la conformation et les rapports des trompes et des ovaires avec le péritoine.

Cependant, ce n'est pas sans quelque bon motif, je l'avoue, que M. Breschet a soutenu une thèse contraire ; et voici ce qui peut l'avoir porté à penser autrement que la majeure partie des observateurs : c'est que dans les grossesses péritonéales, beaucoup moins fréquentes que les ovariques, il arrive quelquefois que le kyste contenant le fœtus, que l'ovaire, la trompe, et les parois de l'utérus, ou l'un de ses bords, sont si rapprochés, si soudés ensemble, qu'il est fort difficile de distinguer à quelle espèce anatomique appartient réellement la grossesse. C'est à tel point, que des auteurs qui ont publié des observations de grossesse péritonéale n'ont réellement eu à observer que des grossesses ovariques ou tubaires. Mais le contraire peut aussi avoir lieu. En effet, j'ai lu une observation, mais une seule, où la tumeur se trouvait en contact immédiat avec tous les organes, et où il avait été difficile de bien les isoler et de bien reconnaître l'ovaire ainsi que la trompe. D'une autre part, j'ai trouvé également dans les *Archives* une autre observation de grossesse intrapéritonéale, où le fœtus étant libre dans l'abdomen, et loin de l'utérus ainsi que de ses annexes, il n'existait plus aucune trace des ovaires.

M. Breschet n'est pas le seul qui se soit élevé contre l'idée

du passage de l'ovule vivifié dans le péritoine peu après la fécondation. D'autres chirurgiens ont, avec lui, pensé que peut-être la grossesse ayant été tubaire dans le principe, et le fœtus ayant pris un certain volume, la trompe, qui, comme tout le monde le sait, est un canal fort étroit, se sera déchirée et aura laissé passer le produit de la conception dans la cavité du péritoine. Ils ont également invoqué les ruptures de l'utérus lui-même, qui, du reste, sont beaucoup plus fréquentes que les précédentes. Mais toutes les manières de voir ne sauraient détruire les observations positives et vraiment convaincantes, qui aujourd'hui sont en assez grand nombre; elles ne peuvent tout au plus servir qu'à faire établir une distinction entre les grossesses extra-utérines péritonéales *primitives*, qu'on me permette cette manière de dire, et les grossesses extra-utérines *consécutives*. Dans la première espèce, le fœtus serait développé dans le péritoine dès la fécondation de l'ovule; et dans la seconde, le fœtus ne serait passé dans cette cavité qu'à travers une rupture de l'utérus ou d'une trompe par trop distendue.

Les fœtus peuvent exister dans la cavité du péritoine, enveloppés de leurs membranes, et adhérens, par le moyen de leurs placentas, à une partie quelconque du péritoine ou des viscères; ils peuvent être renfermés en débris dans de simples kystes, et affecter différens siéges; enfin on les trouve libres et flottant dans cette cavité et seulement entourés d'une simple membrane, quelquefois fort mince. C'est dans cette dernière circonstance, le fœtus étant de plus ossifié, que M. Breschet a pensé qu'il pouvait bien avoir été placé dans le péritoine, par intrusion, comme dans le cas du jeune Bissieu, observé par Dupuytren; mais M. Breschet ne pourra

pas, sans doute, se servir de la même explication pour les cas où le fœtus est greffé sur un point quelconque du péritoine ou des viscères par son placenta.

Anatomie pathologique. — Puisque j'ai admis, avec MM. Breschet, Dezeimeris, etc., deux espèces de grossesse abdominale, il me faudra, dans ce chapitre, ainsi que dans les suivans, parfaitement distinguer leur description ; il me faudra de même décrire, d'une part, l'anatomie pathologique du produit de la conception, et de l'autre, celle de la mère, à différentes époques, et dans la grossesse péritonéale *primitive*, et dans celle qui est *consécutive*.

Grossesse péritonéale primitive. — *Anatomie pathologique du produit de la conception.* — Lorsqu'un fœtus est récent, c'est-à-dire lorsqu'il ne dépasse pas une ou deux années de séjour dans le péritoine, on le rencontre enveloppé dans une espèce de kyste formé par les membranes de l'œuf, et adhérent sur telle ou telle partie du péritoine. Tantôt c'est dans l'une ou l'autre fosse iliaque qu'il se trouve, et c'est alors qu'il est souvent difficile, selon les auteurs qui nient la grossesse abdominale, de distinguer cette espèce de grossesse et l'ovarique ; tantôt il siége sur le cul-de-sac du péritoine, que l'on appelle recto-vaginal, et alors le fœtus se trouve en rapport, en arrière, avec le rectum, en avant, avec l'utérus. Le fait suivant, qui a été présenté dans le courant de l'année 1842 à la Société anatomique, par M. Gaucher, interne des hôpitaux, et que j'ai eu occasion d'examiner, rentre parfaitement dans l'espèce que je décris.

OBSERVATION. — *Examen de la tumeur.* — La tumeur qui occupait la région hypogastrique est formée par un kyste qui renferme les débris d'un fœtus de quatre à cinq mois. Ses parois épaisses, fermes et assez résistantes au dehors,

sont pulpeuses, mollasses et noirâtres à l'intérieur ; elles paraissent formées par une sorte de tissu pultacé et homogène. Plusieurs organes ont contracté des rapports intimes avec elles : c'est ainsi que la face antérieure de la moitié supérieure du rectum se trouve comprise dans la paroi postérieure du kyste, tandis que la trompe et l'ovaire du côté droit, ainsi que la face postérieure de l'utérus, entrent dans la composition de la paroi antérieure de cette même poche; la partie supérieure du kyste a contracté des adhérences avec quelques circonvolutions de l'intestin grêle.

L'utérus, qui n'est point augmenté de volume, a conservé sa position normale; sa cavité ne contient aucune trace de membrane caduque.

L'orifice utérin de l'une et l'autre trompe de Fallope est parfaitement libre, il en est de même de leur canal, mais ces organes présentent quelque différence à droite et à gauche. C'est ainsi que la trompe du côté gauche, fortement repliée en bas et en arrière, est placée au-devant du rectum et au-dessous du kyste; celle du côté droit, au contraire, est accolée à la paroi postérieure du kyste, et semble en faire partie constituante. Le corps frangé du côté gauche existe et renferme trois petits kystes séreux; celui du côté droit a complétement disparu dans l'épaisseur même de la paroi antérieure de la tumeur, et le crin qui parcourt très librement toute l'étendue du canal ne peut franchir l'extrémité abdominale. L'ovaire gauche a subi le même déplacement que la trompe du même côté; il n'offre, du reste, rien de remarquable, ni dans son volume, ni dans sa forme, ni dans sa structure. L'ovaire droit est appuyé contre la paroi antérieure du kyste au-dessous de la trompe du même côté; la face qui est en contact avec le kyste fait partie constituante

de la paroi, la surface, qui regarde la cavité péritonéale, est normale dans sa forme, sa couleur et son volume.

A l'intérieur du kyste, on trouve une masse du volume d'un gros œuf de poule, formée principalement par des os qui paraissent appartenir à un fœtus de quatre à cinq mois. Ces os constituant un squelette complet sont entremêlés d'une matière grasse d'un gris jaune peu abondante et d'une odeur fétide; des cheveux se trouvent mêlés à des débris de fœtus.

Quelquefois le fœtus, ou le kyste qui en contient les diverses parties détachées, est adhérent au péritoine dans l'un ou l'autre hypochondre, et l'on en a trouvé qui étaient adhérens à l'épiploon ou au mésentère. Tel est le cas rapporté par M. Gaide, dans les *Archives*, et que je citerai plus loin. C'est dans ces circonstances que l'on a trouvé quelques œufs humains greffés sur telle ou telle partie du péritoine, munis d'un placenta très petit et très mince, et quelquefois aussi d'un cordon ombilical. En général, chez les fœtus que l'on trouve, la vie ne s'est pas prolongée au-delà du troisième mois; cependant on en a vu qui avaient vécu jusqu'à cinq, six, huit et même neuf mois; mais ces cas sont très rares. M. Heiskell en a trouvé un qui paraissait s'être développé jusqu'au terme ordinaire de la grossesse: il avait plusieurs années de séjour dans l'abdomen.

Il est d'observation constante que les kystes récens sont formés des membranes de l'œuf, tantôt à l'état normal, comme dans les grossesses utérines; tantôt épaissies, et alors elles peuvent être ramollies, comme dans certains cas, ou indurées; dans cette dernière circonstance il est plus difficile de bien les distinguer les uns des autres. On trouve également dans ces kystes une matière pulpeuse, qui me paraît formée par les débris du placenta.

M. Zais (*Archives*, t. XXV), qui pratiqua la gastrotomie au terme ordinaire de la grossesse, dans un cas de grossesse péritonéale, tira du ventre de la femme un kyste duquel s'écoula un liquide trouble, jaunâtre et fétide; les parois de ce kyste avaient une épaisseur de deux à trois lignes, une couleur rouge-grisâtre et une structure homogène, fibreuse. L'enfant qu'il contenait, du sexe masculin et à terme, était d'une couleur grise; les doigts, les talons, le cerveau et les yeux étaient déjà en partie putréfiés. La face interne du kyste était lisse, comme celle des membranes séreuses. Le placenta paraissait fixé à la colonne vertébrale, entre l'ombilic et le creux de l'estomac; il était immobile, d'un aspect frais, rouge et lisse.

J'insiste beaucoup sur l'anatomie des enveloppes du fœtus dans cette première espèce de grossesse, car d'après M. Dezeimeris elles pourraient seules servir, la plupart du temps, quand les grossesses péritonéales sont anciennes, à distinguer celles *primitives* de celles *consécutives*. Mais je ne partage pas cette opinion, et je démontrerai le contraire.

Les kystes dont je parle sont très rarement libres dans l'abdomen, car dès le passage de l'ovule fécondé dans le péritoine, sa surface externe, qui est villeuse, tomenteuse, comme veloutée, se plaçant sur un point du péritoine, y détermine, comme tous les corps étrangers dans nos tissus, une légère inflammation, et s'y greffe, de même que sur un point de la surface interne de l'utérus. Alors, la circulation qui s'établit, beaucoup moins active, à la vérité, que dans la cavité utérine, entre la mère et le fœtus, sert à la vie et au développement de ce dernier jusqu'à une époque plus ou moins éloignée de la conception. Voici ce que M. Lallemand a observé à cette occasion chez une femme dont la cavité

péritonéale contenait un fœtus : « Le chorion, dit cet écrivain, adhérait aux parties environnantes au moyen d'un tissu tomenteux rougeâtre et vasculaire. En détachant avec soin cette fausse membrane du côté du placenta et du côté du péritoine, je n'ai aperçu que des vaisseaux très nombreux, qui se déchiraient à mesure que s'opérait le décollement, et laissaient suinter quelques gouttes de sang. Vers la circonférence du placenta cette membrane devenait plus ferme, et avait tout-à-fait l'aspect de ces caillots en partie organisés, homogènes, faciles à déchirer, qu'on rencontre dans les anévrysmes anciens; elle avait dans des endroits jusqu'à une ligne d'épaisseur. Cette membrane était développée accidentellement à la surface du péritoine, de la même manière que les fausses membranes, c'est-à-dire par l'effet de l'inflammation. La circulation s'y est faite au moyen de vaisseaux capillaires qui s'y étaient développés, et qui communiquaient avec ceux des tissus avec lesquels ils étaient en contact. »

En général, les fœtus que l'on a occasion d'examiner à une époque peu reculée de la conception, c'est-à-dire dans la période que je décris en ce moment, tous ces fœtus, dis-je, sont à l'état de détritus, toutes leurs parties sont séparées les unes des autres, et renfermées pêle-mêle dans un sac dont on connaît maintenant la nature. Tandis qu'à une période plus avancée, lorsque les fœtus sont placés dans le péritoine depuis déjà plusieurs années, ils sont plus ou moins solides et leurs différentes parties, si elles ne sont pas bien à leur place, sont du moins soudées ensemble d'une manière si intime quelquefois, qu'il est bien difficile de les séparer sans rien briser.

La seconde période comprend les fœtus depuis un à deux ans de séjour, jusqu'à dix, quinze, et quelquefois trente

années; on conçoit alors qu'ils doivent présenter différens degrés de solidité.

Dans cette seconde catégorie, la majeure partie des fœtus que l'on a observés avaient vécu jusqu'à trois mois, terme ordinaire de la vie des fœtus extraordinaires; mais on en a vu aussi dont l'existence s'était prolongée jusqu'au terme de la grossesse normale. On a eu occasion d'en voir qui s'étaient greffés sur les reins, la colonne vertébrale, le mésentère (tel est le fait de M. Gaide), ou sur tout autre organe contenu dans la cavité abdominale.

Pour la plupart du temps, pour ne pas dire toujours, ils sont enveloppés dans une poche dans laquelle on distingue difficilement les membranes ordinaires de l'œuf, et encore faut-il pour cela que le produit de la conception ne soit pas très ancien. Mais, à mesure que l'on s'éloigne du terme de la conception, le chorion et l'amnios se confondent, s'amincissent peu-à-peu, si bien qu'à une certaine époque on ne distingue plus qu'une sorte de membrane extrêmement mince, et l'on est tenté de penser que cette poche, qui enveloppe le fœtus, n'a jamais été formée par les membranes de l'œuf. A cette époque encore, l'on ne trouve jamais de liquide renfermé avec le fœtus.

D'autres fois les membranes, après s'être confondues entre elles, loin de s'amincir, se durcissent, deviennent cartilagineuses, et quelquefois osseuses, comme dans certains cas que je citerai plus bas à une autre occasion.

Quant au fœtus, il est assez souvent recouvert d'un enduit crétacé, comme pierreux, qui est le résultat de la transformation de la matière céreuse qui recouvrait primitivement son corps. Il est quelquefois d'une seule pièce, et conserve la même position que le fœtus contenu dans la cavité utérine;

et d'autres fois il est si replié sur lui-même, et ses parties sont si intimement liées ensemble, qu'il est bien difficile de les distinguer les unes des autres. J'en ai un dans ce moment qui a été trouvé sur une femme de quatre-vingts ans, et qui m'a été remis par M. Bonamy : il paraît avoir à-peu-près cinq mois d'existence. Sa tête est renversée en arrière, accolée contre la colonne vertébrale, et elle est si bien aplatie, que l'on ne distingue plus qu'un pariétal, un temporal, et une moitié de la face ; on distingue également les clavicules, les bras entiers et les mains, le torse est complet, mais très aplati, et les os des îles, ainsi que les membres inférieurs sont complets, comme à cet âge chez les fœtus normalement développés.

En général, ces fœtus ne sont pas recouverts de parties molles, car on ne peut pas appeler parties molles (muscles, peau, etc.) cette matière pulpeuse qui les enveloppe quelquefois, et qu'un simple lavage peut enlever.

Lorsqu'ils conservent leur position normale, et qu'on en peut faire régulièrement l'autopsie, on y voit : 1° le cerveau, tantôt à l'état de pulpe grise, et tantôt transformé en une matière adipocireuse ; 2° les organes pulmonaires existent rarement, et si on les trouve, ils sont, comme le cerveau, convertis en adipocire, ainsi que les organes compris dans les cavités abdominales. Mais l'on a trop peu souvent fait l'autopsie des cavités splanchniques pour pouvoir donner l'anatomie complète de ces fœtus, qui se sont eux-mêmes, dans certains cas, convertis en adipocire, et dans d'autres, pétrifiés (1).

(1) Je ne dois pas omettre de dire que l'on a encore trouvé de ces fœtus qui étaient complètement libres et flottant dans l'abdomen, tandis que d'autres étaient seulement retenus par des brides très légères.

Les observations suivantes donneront une idée exacte de la nature des enveloppes et de leur structure à différentes époques, ainsi que de l'anatomie du fœtus extra-utérin.

Observation de M. Gaide (Arch. XVII).

Autopsie. — Abdomen. — Les reins, la rate et le foie furent trouvés dans leur état normal. La vésicule biliaire contenait une bile tout-à-fait transparente et incolore, analogue à du blanc d'œuf, à la consistance près qui était moins considérable; elle contenait, en outre, 108 petits calculs brunâtres et anguleux; un autre calcul plus volumineux était fortement engagé dans le canal cystique.

La membrane muqueuse de l'estomac et de l'intestin présentait en quelques points un ramollissement assez marqué.

La portion de l'intestin grêle qui était contenue dans le petit bassin n'y avait contracté aucune adhérence: ayant été retirée de cette cavité, et ramenée vers l'ombilic, on y découvrit dans le mésentère une petite tumeur fermée par un fœtus recourbé sur lui-même, de manière à n'avoir que deux pouces de longueur environ. Couché parallèlement à l'axe de l'iléum, il était adhérent à la portion du mésentère qui fixe l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, et à cet intestin lui-même. Enfin une anse intestinale, de beaucoup plus élevée que la précédente, avait contracté quelques adhérences avec le fœtus, qui d'ailleurs était recouvert par une *membrane très mince, transparente*, et qui permettait de voir et de distinguer parfaitement derrière elle la tête de ce fœtus, une fontanelle, une omoplate, un humérus, avec un petit prolongement paraissant être un rudiment d'avant-bras, les côtes d'un côté, un os des îles et l'un du fémur.

Ce fœtus ne tenait en aucune manière aux organes génito-

urinaires, comme l'ont constaté sur le cadavre lui-même, et avant que la pièce en fût détachée, MM. Rayer, Kapeler et Bricheteau, qui assistaient à l'autopsie.

L'utérus, d'ailleurs, ne contenait aucune trace d'une existence antérieure de membrane caduque. Sa cavité renfermait une cuillerée environ d'un liquide sanguin et purulent; son col était un peu dilaté. Telles étaient les seules altérations des organes génito-urinaires.

Observations de M. Mitivier.

Je fœtus trouvé sur une vieille femme de soixante-dix-sept ans était libre dans l'abdomen, et ne tenait au mésentère que par de faibles adhérences. La tête, tout-à-fait ossifiée, n'était pas trop mal conformée : elle avait 1 pouce 8 lignes 1/2 dans son diamètre antéro-postérieur; 1 pouce 4 lignes 1|2 dans son diamètre transversal, et 1 pouce dans son diamètre vertical.

On y distinguait toutes les pièces osseuses qui composent un crâne régulièrement développé. Les fontanelles avaient disparu, toutes les sutures étaient réunies, le coronal, très bombé présentait les voûtes orbitaires ; les arcades surcilières, les bosses pariétales, étaient saillantes du côté droit, les temporaux étaient placés à-peu-près horizontalement, ils présentaient les rudimens des fosses glénoïdales; celui du côté droit offrait une sorte d'arcade zigomatique, réunie à un petit os malaire, et sur ce dernier on distinguait en avant un bord rugueux articulaire, quoiqu'il n'existât pas d'os maxillaires. L'occipital, peu allongé supérieurement, présentait d'ailleurs un développement assez régulier, mais toutes les parties formant sa base n'étaient pas encore entièrement soudées. Ce crâne était réuni au tronc par des

brides fibro-cartilagineuses, peut-être aussi par des surfaces articulaires qui ne purent être distinguées.

Le tronc, enveloppé d'une certaine couche de tissu lamineux, un peu recourbé de haut en bas, et d'arrière en avant, se présentait sous la forme d'une cage à laquelle on distinguait postérieurement les rudimens de la colonne vertébrale, antérieurement, une lame fibro-cartilagineuse, plus épaisse dans la partie sternale ; sur les côtés, et de haut en bas, une apparence des premiers trous de conjugaison; les omoplates, celle du côté gauche étant mieux ossifiée que celle du côté droit; enfin les côtes distinctes et osseuses. Le tronc était terminé inférieurement par les os coxaux et par les rudimens du sacrum. Les membres n'existaient pas; seulement on voyait sur les côtés du thorax des fragmens des os des bras.

Ce squelette, scié perpendiculairement et sur la ligne médiane, le crâne parut intérieurement bien conformé : ses parois avaient une demi-ligne d'épaisseur; elles étaient tapissées par la dure-mère avec ses divers replis. Une humeur gélatineuse jaunâtre, sans organisation distincte, entourée d'une méningine, remplissait cette cavité.

Les vertèbres cervicales paraissaient formées de plusieurs pièces ; mais ces pièces, irrégulièrement disposées, ne permettant pas de distinguer chacune des vertèbres de la région dorsale, formaient des anneaux plus distincts. Les vertèbres lombaires étaient également formées de plusieurs pièces aussi bien que le sacrum.

Le thorax et l'abdomen paraissaient ne former qu'une même cavité: celle-ci était vide dans sa partie supérieure, et dans cette partie, la plèvre existait manifestement sur les côtes; inférieurement elle contenait un amas de matière

grisâtre tirant sur le jaune, semblable à de l'adipocire; cet amas offrait des plis et replis : il était sans doute le résidu des viscères. Dans son centre existait un noyau brunâtre, pourvu d'une petite cavité, se continuant avec une ligne également brunâtre, apparente, le long de la colonne vertébrale. Était-ce le cœur ou l'aorte? Il n'a pas été facile de s'en assurer. Ce fœtus était pourvu de vaisseaux sanguins; il y en avait un assez grand nombre dans l'épaisseur du péricrâne, particulièrement au côté droit, et ils paraissaient converger de la ligne médiane à la circonférence. Antérieurement on apercevait les vaisseaux pariétaux; sous la plèvre on distinguait aussi quelques vaisseaux intercostaux. Sans doute ces vaisseaux étaient fournis par les lames celluleuses qui unissaient la tumeur au mésentère et à l'intestin grêle. Cependant ces brides, examinées de près, ne présentaient aucune apparence de vaisseaux, et ne laissaient échapper aucune gouttelette de sang : néanmoins elles embrassaient plus particulièrement la tête du fœtus. Celle-ci était comparativement beaucoup plus volumineuse, et avait une ossification plus complète que le tronc.

Observation de M. Heiskell.

Venus Collin, négresse libre, devenue enceinte en 1777 à-peu-près, mourut en 1825, portant encore dans son ventre le produit de la conception.

L'ouverture du cadavre fut faite en présence de plusieurs médecins et élèves. Une large incision cruciale des parois de l'abdomen fit découvrir une tumeur volumineuse, à parois osseuses, dans la partie inférieure de la région épigastrique, légèrement inclinée à droite, fortement adhérente, en avant, aux parois abdominales, et en arrière, aux intestins grêles.

Tous les viscères étaient sains; seulement la matrice était beaucoup plus petite qu'à l'ordinaire, les trompes étaient oblitérées, et les ovaires avaient complétement disparu, car on ne put en retrouver aucune trace. La tumeur était oblongue et pesait 4 livres 6 onces; elle était fermée par une poche dont les parois étaient complétement ossifiées, d'une couleur blanc sale, de 2 à 3 lignes d'épaisseur, et si dures, qu'il fallut employer un scalpel très fort et beaucoup de force pour les entamer. A l'ouverture de ce vaste kyste osseux, on découvrit dans son intérieur un fœtus parfaitement conformé et exactement dans la même position que s'il eût été dans l'utérus. Il paraissait avoir atteint le même développement que l'enfant présente ordinairement au terme de la vie intra-utérine. Les bras et les cuisses, à cause de la forte pression exercée par les parois du sac, avaient refoulé l'abdomen et la partie inférieure du thorax au point d'y laisser leur empreinte. Les cuisses étaient aussi un peu aplaties par la même cause. Ce fœtus seul, dépouillé de ses enveloppes, pesait 3 livres 3/4, et sa longueur était de 11 pouces 1/4. Dans la position ramassée où il fut trouvé, les muscles et les tégumens étaient beaucoup plus formés et plus consistans que dans l'état ordinaire, et même ces derniers étaient généralement ossifiés, excepté dans les points qui étaient recouverts par les membres supérieurs et inférieurs; le cuir chevelu, qui était tout-à-fait osseux, offrait encore quelques traces de cheveux.

On examina successivement le crâne, le thorax et l'abdomen de ce singulier fœtus, et l'on trouva que le cerveau formait une masse pulpeuse, grisâtre, et sans la moindre apparence de putréfaction; que les organes thoraciques et abdominaux étaient dans un état de conservation réellement

étonnant, et ne différaient pas du tout de ceux d'un fœtus récemment morts ; que le méconium avait sa couleur foncée et sa consistance naturelle ; que la langue était dure et de couleur grisâtre ; et qu'enfin les ongles des doigts et les orteils étaient parfaitement conformés ; on ne put découvrir aucune trace du cordon ombilical.

Grossesse extra-utérine secondaire. — Examen du produit de la conception. — Il n'existe pas de différence extrêmement grande entre ces fœtus et ceux dont je viens de m'occuper ; seulement ils séjournent moins long-temps dans l'abdomen, et par conséquent, sont moins sujets à se durcir, à s'ossifier que les précédens ; de même on les trouve rarement en débris.

Ils sont sujets à des variétés de siége, selon que le péritoine s'est ou non déchiré avec l'utérus.

Si le péritoine s'est déchiré en même temps que l'utérus, le fœtus passe dans sa cavité, et là il se fixe sur tel ou tel point de cette membrane, par des adhérences nécessairement plus fortes que celles auxquelles donnent lieu de simples ovules fécondés, ou bien ils restent libres, comme on en a vu des cas, rares à la vérité. Si le péritoine ne s'est pas déchiré, le fœtus, sortant de l'utérus, reste sous cette membrane, entre le rectum et l'utérus, et il y contracte des adhérences extrêmement solides, indépendamment du péritoine, qui le fixe en cet endroit.

C'est ici que je ne suis plus d'accord avec M. Dezeimeris, qui n'a pas assez bien distingué ces deux circonstances, et qui a voulu trop, *à priori*, donner des lois tirées, dit-il, des faits qu'il a étudiés. Or, ces lois, les voici, dit M. Dezeimeris : « C'est que, dans la grossesse abdominale primitive, il n'y a généralement point de kyste pseudo-membraneux, et qu'il y

Tous les viscères étaient sains; seulement la matrice était beaucoup plus petite qu'à l'ordinaire, les trompes étaient oblitérées, et les ovaires avaient complétement disparu, car on ne put en retrouver aucune trace. La tumeur était oblongue et pesait 4 livres 6 onces; elle était fermée par une poche dont les parois étaient complétement ossifiées, d'une couleur blanc sale, de 2 à 3 lignes d'épaisseur, et si dures, qu'il fallut employer un scalpel très fort et beaucoup de force pour les entamer. A l'ouverture de ce vaste kyste osseux, on découvrit dans son intérieur un fœtus parfaitement conformé et exactement dans la même position que s'il eût été dans l'utérus. Il paraissait avoir atteint le même développement que l'enfant présente ordinairement au terme de la vie intra-utérine. Les bras et les cuisses, à cause de la forte pression exercée par les parois du sac, avaient refoulé l'abdomen et la partie inférieure du thorax au point d'y laisser leur empreinte. Les cuisses étaient aussi un peu aplaties par la même cause. Ce fœtus seul, dépouillé de ses enveloppes, pesait 3 livres 3/4, et sa longueur était de 11 pouces 1/4. Dans la position ramassée où il fut trouvé, les muscles et les tégumens étaient beaucoup plus formés et plus consistans que dans l'état ordinaire, et même ces derniers étaient généralement ossifiés, excepté dans les points qui étaient recouverts par les membres supérieurs et inférieurs; le cuir chevelu, qui était tout-à-fait osseux, offrait encore quelques traces de cheveux.

On examina successivement le crâne, le thorax et l'abdomen de ce singulier fœtus, et l'on trouva que le cerveau formait une masse pulpeuse, grisâtre, et sans la moindre apparence de putréfaction; que les organes thoraciques et abdominaux étaient dans un état de conservation réellement

étonnant, et ne différaient pas du tout de ceux d'un fœtus récemment morts; que le méconium avait sa couleur foncée et sa consistance naturelle; que la langue était dure et de couleur grisâtre ; et qu'enfin les ongles des doigts et les orteils étaient parfaitement conformés; on ne put découvrir aucune trace du cordon ombilical.

Grossesse extra-utérine secondaire. — Examen du produit de la conception. — Il n'existe pas de différence extrêmement grande entre ces fœtus et ceux dont je viens de m'occuper; seulement ils séjournent moins long-temps dans l'abdomen, et par conséquent, sont moins sujets à se durcir, à s'ossifier que les précédens; de même on les trouve rarement en débris.

Ils sont sujets à des variétés de siége, selon que le péritoine s'est ou non déchiré avec l'utérus.

Si le péritoine s'est déchiré en même temps que l'utérus, le fœtus passe dans sa cavité, et là il se fixe sur tel ou tel point de cette membrane, par des adhérences nécessairement plus fortes que celles auxquelles donnent lieu de simples ovules fécondés, ou bien ils restent libres, comme on en a vu des cas, rares à la vérité. Si le péritoine ne s'est pas déchiré, le fœtus, sortant de l'utérus, reste sous cette membrane, entre le rectum et l'utérus, et il y contracte des adhérences extrêmement solides, indépendamment du péritoine, qui le fixe en cet endroit.

C'est ici que je ne suis plus d'accord avec M. Dezeimeris, qui n'a pas assez bien distingué ces deux circonstances, et qui a voulu trop, *à priori*, donner des lois tirées, dit-il, des faits qu'il a étudiés. Or, ces lois, les voici, dit M. Dezeimeris: « C'est que, dans la grossesse abdominale primitive, il n'y a généralement point de kyste pseudo-membraneux, et qu'il y

formé. Il n'offrait aucune trace évidente de putréfaction ; sa situation était telle, que sa tête occupait la partie supérieure et gauche de la cavité de l'abdomen, et son extrémité pelvienne répondait auprès de l'entrée du bassin ; le dos était tourné vers le côté droit, et la région antérieure, vers le côté gauche. Le cordon ombilical, très gros, partait de l'abdomen du fœtus, se rendait à la fosse iliaque droite, et s'insérait sur le milieu d'une masse molle, vasculaire, fort épaisse, qui n'était autre chose que le placenta. Par sa face interne ou abdominale, cet organe recevait les vaisseaux ombilicaux qui y offraient leur division et leur distribution normales ; par sa face externe ou iliaque, il reposait sur la fosse iliaque droite qu'il occupait en totalité ; il était par conséquent appliqué sur les muscles psoas et iliaques, et sur une partie du cœcum qui semblait avoir été déplacée et repoussée en haut, ou, pour parler plus exactement, sur le péritoine qui recouvre ces organes, et y adhérait par un tissu cellulaire assez serré. Cette surface adhérente du placenta, était d'ailleurs enveloppée par une membrane dense, comme fibreuse, dans laquelle il était facile d'apercevoir un tissu vasculaire d'apparence érectile; enfin la nature semblait avoir remplacé par cette création, l'appareil vasculaire des parois utérines avec lesquelles cet organe aurait dû se trouver en rapport.

Le kyste dans lequel était renfermé le fœtus était formé par une membrane dont l'aspect et la structure n'étaient pas les mêmes partout ; dans la plus grande partie de son étendue, la surface interne du kyste était d'une couleur un peu brune qu'elle devait peut-être à l'imbibition du liquide avec lequel elle s'était trouvée en contact : Là, elle offrait au toucher et à la vue l'apparence de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, ou plutôt celle des membranes accidentelles

qui tapissent les trajets fistuleux. Dans d'autres points, ceux par exemple qui étaient voisins de la surface du placenta, et sur la plus grande partie de cette surface elle-même, le kyste était plus lisse, plus poli; il offrait, en un mot, l'aspect ordinaire de l'amnios. La surface extérieure du sac, au reste, tapissait les intestins, le mésentère, la vessie, la matrice, les ligamens larges, une partie du bassin et la paroi abdominale antérieure, il adhérait assez solidement au péritoine sur lequel il était placé, et quand on l'en séparait à l'aide de quelques tractions, on trouvait alors au-dessous de lui le péritoine intact, et dont la couleur était altérée et un peu brune; le kyste était simple et épais d'un quart de ligne à-peu-près, là où il offrait l'aspect un peu brun et comme villeux dont nous avons parlé; il était, au contraire, évidemment composé de deux feuillets (chorion et amnios). Là où sa surface était lisse et polie. L'utérus, un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire, était renfermé tout entier dans l'excavation du bassin; sa surface antérieure était en partie recouverte par le kyste dont nous avons parlé; sa cavité contenait quelques lambeaux membraneux gélatiniformes, qui se déchiraient avec la plus grande facilité. Les ligamens larges et les trompes étaient, comme l'utérus, enveloppés ou doublés extérieurement par la membrane qui constituait le kyste fœtal; la trompe droite était complétement indépendante du placenta; mais il n'en était pas de même de l'ovaire de ce côté, qui était fixé à un point de la circonférence de cet organe temporaire, par quelques adhérences qui nous ont paru celluleuses comme celles par lesquelles le placenta était attaché lui-même. Nous n'avons pas trouvé les traces d'inflammation péritonéale que les symptômes précurseurs de la mort nous avaient fait supposer; les intestins grêles, l'arc transverse du colon et le grand épi-

ploon, refoulés vers l'hypochondre gauche, se trouvaient réunis et comme confondus en une seule masse par des adhérences qui paraissaient dater d'une époque déjà éloignée. —

Les fœtus ne vivent jamais, ou du moins très rarement, après leur passage dans le péritoine ou sous le péritoine, et l'utérus peut les expulser, soit dans le cours de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, pendant les douleurs de l'enfantement.

Organes de la mère. — Que le fœtus soit récent ou ancien, à l'ouverture du corps on trouve, tantôt des épanchemens de sérosité plus ou moins abondans, de sanie ou de matières purulentes; tantôt des fausses membranes établissant des adhérences entre les différentes parties du tube intestinal et le péritoine ou les organes circonvoisins. Quelquefois les ovaires sont ensemble complétement atrophiés, ou seulement l'un d'eux existe. On les a trouvés plusieurs fois accolés sur les parois de la tumeur fœtale, de telle sorte que l'on ne pouvait distinguer alors si c'était bien une grossesse péritonéale ou ovarique que l'on avait sous les yeux. L'utérus est, dans les grossesses primitives récentes, augmenté de volume et gros comme après un accouchement ordinaire; mais, néanmoins, on le trouve le plus souvent à l'état normal, et il est diminué de volume quand le fœtus est depuis longtemps dans le péritoine. Pour ces différences de volumes, il n'y a point de règles fixes; mais l'on pourra peut-être un jour, lorsqu'on aura une assez grande quantité de bonnes observations, expliquer ces différences par le siége du fœtus et par son ancienneté. Dans quelques cas où la grossesse n'était pas ancienne, on a vu la membrane caduque, ou des restes de cette membrane, tapisser la cavité de l'utérus, dont le col est habituellement comme à l'état normal.

Dans la grossesse secondaire, on n'a trouvé d'autre différence, pour la cavité péritonéale, que ces brides bien organisées et qui s'étendent au loin, dont j'ai parlé plus haut, des traces beaucoup plus marquées d'inflammation récente du péritoine, et enfin des marques non douteuses d'une déchirure plus ou moins ancienne de l'utérus, qui tantôt offre une texture normale, et tantôt est rencontré ramolli et singulièrement aminci.

L'observation suivante est un cas de grossesse péritonéale consécutive à la rupture d'une trompe où siégeait primitivement le fœtus. Elle a déjà été publiée par le docteur Bright.

Observation. — Une femme de 20 ans, reçue à l'hôpital de Guy, à Londres, présentait des symptômes qu'on ne savait à quoi rapporter, quoiqu'on vît bien qu'ils ne dépendaient de la désorganisation d'aucun viscère de la poitrine ou de l'abdomen. La malade mourut dix-sept jours après son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on découvrit plusieurs adhérences que l'on reconnut pour être plus ou moins anciennes les unes que les autres. Dans le côté gauche de la région inférieure de cette cavité, elles circonscrivaient une cavité complète entre la courbure iliaque du colon et le rectum, la vessie et les parois antérieures et latérales de l'abdomen, cavité dans laquelle se trouvait un fœtus bien conformé, d'environ trois mois, avec son placenta. Cette cavité communiquait par deux ouvertures avec le rectum et la courbure iliaque du colon. L'utérus était sain et sans vestiges d'épichorion ; l'une des trompes formait un sac à parois minces, déchirées et affaissées sur elles-mêmes, trace évidente du séjour dans lequel s'était antérieurement développé le fœtus.—

Ce n'est pas seulement dans l'espèce humaine que l'on a

eu occasion de trouver des fœtus dans le péritoine ; car M. Cloquet en a vu dans le péritoine d'une chatte, et M. Michon dans celui d'une lapine. Ces deux exemples devraient bien plus surprendre les détracteurs de la grossesse péritonéale, que tous ceux qui existent dans les auteurs; car ils doivent savoir qu'il existe chez les mammifères une barrière anatomique puissante au passage des ovules fécondés, dans le péritoine. J'ai eu occasion de disséquer, dans le courant de l'hiver (1842), quelques utérus de vaches, de truies, de chattes, de chiennes, de brebis, et je suis resté convaincu qu'il était extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, que ce passage s'opérât. Aussi cet accident est-il beaucoup plus rare chez les mammifères quadrupèdes que chez les femmes.

Voilà, du reste, ce que j'ai observé (l'utérus de la truie m'a servi de modèle) : l'ovaire est coiffé d'un grand capuchon formé par un repli membraneux du péritoine; ce capuchon est quatre ou cinq fois plus grand qu'il ne le faut pour embrasser parfaitement l'ovaire ; il ressemble assez à un capuchon de burnous quand il est distendu, et il contient dans sa cavité un autre repli membraneux, autre espèce de petit capuchon , qui n'est autre chose que le pavillon de la trompe.

Dans le moment de la fécondation, le premier capuchon, qui est extrêmement vasculaire, se trouve en quelque sorte en érection, puis s'abaisse entièrement sur l'ovaire, qu'il entoure et qu'il embrasse avec assez de force, tandis que le pavillon de la trompe se trouve très bien appliqué sur l'ovaire pour le passage de l'ovule fécondé dans la trompe. Maintenant, si l'on conçoit bien toute la difficulté du passage de l'ovule dans le péritoine chez les mammifères quadrupè-

des, on sait aussi que les obstacles sont moins puissans chez la femme. On doit également comprendre que, si l'on admet que l'accident dont je parle s'est produit chez les mammifères quadrupèdes, il doit, à plus forte raison, se produire chez la femme.

M. Raciborski, qui a lu, il y a environ dix-huit mois, à l'Académie des sciences, un mémoire sur ce sujet, a voulu prouver par des pièces anatomiques très bien faites, que si la grossesse péritonéale n'est pas impossible chez les animaux, du moins elle est extrêmement rare.

Causes. — Si l'anatomie pathologique de la grossesse péritonéale et de toutes les autres grossesses extra-utérines est peu avancée, que devra-t-on penser des causes qui produisent ces tristes anomalies? Il est bien certain que l'on ne sait encore positivement rien sur leur étiologie, et que tout ce que l'on a écrit sur ce point n'est basé que sur des hypothèses plus ou moins raisonnables.

Les auteurs ont énuméré une foule de causes que je ne saurais admettre, par des motifs que je dirai plus loin. Je diviserai ces causes : 1° *en anatomiques:* ce sont celles qui doivent se rapporter à un vice de conformation, ou à quelque altération morbide des trompes ou des ovaires, ou de l'utérus lui-même ; 2° *en physiologiques:* ce sont celles que l'on attribue à une aberration dans les fonctions des annexes de l'utérus pendant ou après l'acte de la fécondation.

Parmi les causes anatomiques, on range l'oblitération congénitale ou accidentelle de l'un ou de l'autre pavillon, l'existence de quelques excroissances, ou bien des ulcères siégeant dans le canal de la trompe, son défaut de longueur, son endurcissement, et enfin la paralysie de ce canal, ainsi que les ruptures des trompes ou de l'utérus lui-même.

Je n'irai pas plus loin sans montrer ce qu'il y a d'impossible dans ces lésions, regardées comme cause de la maladie qui m'occupe. Et d'abord, si une trompe et son pavillon sont oblitérés congénitalement ou accidentellement, il est de toute évidence que la stérilité doit s'ensuivre, puisqu'elle ne pourrait donner passage au sperme qui doit aller féconder l'ovule ; et si l'ovule ne peut être fécondé dans cette circonstance, il est bien certain qu'il ne peut y avoir de grossesse, de quelque nature qu'elle soit, à moins cependant que l'on n'admette que la fécondation s'opère par le moyen de l'*aura seminalis*. Des excroissances, si elles oblitèrent si peu la trompe qu'elles laissent pénétrer le sperme jusqu'à l'ovaire, pourront peut-être encore laisser passage à l'ovule fécondé ; mais si elles ne peuvent le laisser pénétrer plus avant vers l'utérus, il s'arrêtera en ce point, et s'y greffera, au lieu de retourner dans l'abdomen. Cette dernière cause devrait entrer seulement dans l'étiologie de la grossesse tubaire.

Parmi les grossesses péritonéales consécutives, les ruptures de la trompe, occasionnées elles-mêmes par un excès de distension, ou par une pression extrême pendant la durée de la gravidité tubaire; et les ruptures de la matrice, soit pendant la durée de la grossesse, soit au moment des contractions de l'accouchement, qu'elles soient facilitées elles-mêmes par une altération du tissu de l'utérus, par une pression extérieure, ou bien qu'elles soient spontanées, les produisent également.

Les causes physiologiques ne sont pas non plus très nombreuses. D'abord, on parle du mouvement antipéristaltique de la trompe, mais cela est impossible; puis d'un spasme très violent. Cette cause paraîtrait être la plus plausible de

toutes celles que l'on a données jusqu'à présent, car la science possède des faits qui sembleraient assez bien prouver son influence sur la production de la grossesse péritonéale. C'est à ce point qu'Astruc a pensé que les femmes non mariées étaient plus sujettes que les autres à cette espèce d'accident. Krüger prétend également que la crainte, la frayeur, ou encore l'indignation, en saisissant les femmes dans le moment de la conception, impriment une secousse telle à tout l'organisme, et aux organes de la génération en particulier, que l'ovule peut fort bien glisser dans le péritoine. M. Lallemand en cite un fait que j'ai déjà mentionné; Baudelocque en donne un autre, et Bellivier a eu également occasion de faire la même observation. Mais il s'agit de s'entendre à cet égard. On dit que le spasme occasionné au moment de la copulation, par une commotion violente, par la surprise, etc., peuvent provoquer la descente de l'ovule dans le péritoine. Eh bien! je ne pense pas que cela soit suffisant; et s'il en était ainsi, malgré la difficulté de la production de cet accident, on en verrait néanmoins beaucoup plus qu'on n'en voit, chez les chiennes surtout, qui sont à chaque instant tourmentées, chassées, battues pendant la copulation; cependant il n'en est rien, et je ne sache pas que l'on en ait observé jamais dans cette espèce. Enfin, tout le monde sait aujourd'hui que ce n'est pas au moment de la copulation, ou immédiatement après, que l'ovule abandonne l'ovaire, et que le travail en vertu duquel il quitte l'ovaire pour se rendre dans l'utérus, ne s'opère que long-temps encore après, et dure trois ou quatre jours. Ainsi donc, les émotions vives, une chute, des coups violens, dans les quelques jours qui suivent la copulation, ou mieux la fécondation, pourraient plutôt provoquer la gros-

sesse péritonéale que les causes précédentes. Les observations qui font mention de cette circonstance sont encore en assez bon nombre, et celle qui suit offrira en même temps un exemple de cette espèce de grossesse avec récidive; elle aura donc un double but.

Observation de M. Galiay.

Une femme d'une santé parfaite, de moyenne taille, très bien constituée, et mariée à un instituteur, était à Bernac-debat, lorsque peu de temps après son mariage, ayant eu des propos avec une femme du peuple, elle fut maltraitée, renversée par terre, et foulée sous les pieds de cette mégère.

L'émotion pénible qu'elle éprouva, et peut-être l'action des coups qu'elle reçut, donnèrent lieu à un dérangement de plusieurs jours, sans de graves accidens, cependant.

Cette jeune femme voyant son ventre prendre du développement, se crut enceinte. Sa grossesse parut suivre le cours habituel; parvenue à son terme présumé, les phénomènes qui précèdent et accompagnent l'accouchement se montrèrent sans résultat : ils cessèrent, et la jeune femme, fort désappointée, en fut pour ses douleurs, conservant le ventre dans tout son développement. Plusieurs mois se passèrent sans qu'il se manifestât rien de nouveau, au point que cette femme doutait de sa grossesse. Elle suivit bientôt son mari, qui allait habiter un autre endroit, et après un temps que l'on ne peut déterminer, elle éprouva de nouvelles douleurs dans l'abdomen, qui ne ressemblaient en rien à une annonce de part. L'homme de l'art appelé le premier, ne sachant à quoi il avait affaire, se borna à prescrire quelques moyens généraux qui produisirent instantanément du calme. Mais ces douleurs se renouvelèrent bientôt, et à plusieurs re-

prises, laissant toujours des intervalles moins longs, et les souffrances constamment plus aiguës que dans les accès précédens. Plusieurs médecins furent successivement appelés sans plus de bénéfice pour la femme, ni pour le diagnostic. Enfin cette malheureuse étant pressée par des douleurs inouïes, une réunion de sept où huit médecins fut convoquée. On trouva cette femme ayant un ventre aussi gros qu'il peut l'être dans les derniers temps de la grossesse, tendu et si dur dans tous les points, qu'il était de toute impossibilité de rien reconnaître de ce qui y était contenu. Ces douleurs étaient également senties, quelle que fût la région que l'on palpât; mais elles étaient plus sensibles aux aines et au fondement, quoiqu'il n'y eut rien de plus appréciable dans ces endroits. Le toucher trouva les organes sexuels dans l'état normal; je ne sais si la menstruation avait reparu, ni depuis quelle époque. Le pouls était dur, le teint fortement coloré, il y avait pléthore évidente, les douleurs étaient bien aiguës. En raison de tous ces phénomènes, un traitement antiphlogistique général fût prescrit, en attendant qu'un résultat quelconque vînt mettre sur la voie d'une affection que l'on ne pouvait définir. On pensa très éventuellement à une grossesse extra-utérine. A quelque temps de là, les douleurs devinrent atroces; la femme fut prise d'un besoin impérieux d'aller à la garde-robe, sans pouvoir y satisfaire. N'ayant pu surmonter un obstacle qui y mettait empêchement, elle manda son chirurgien, qui lui fit l'extraction d'un os de fœtus fortement engagé dans le sphincter de l'anus, plusieurs autres suivirent, et la femme fut soulagée; enfin, après avoir rendu tous les os d'un squelette de fœtus à neuf mois, elle se rétablit très bien, et resta plusieurs années sans souffrir. Cinq années plus tard, en 1834, après s'être placée dans les

mêmes circonstances que la première fois, elle éprouva de nouveau les symptômes d'une grossesse semblable à la précédente. Les mouvemens de l'enfant furent bien perçus à cinq mois; mais bientôt il mourut, et il fut rendu comme le premier, par les selles, mais sans beaucoup d'efforts. La femme finit par se rétablir, et continue à jouir d'une bonne santé (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, p. 248).

Symptômes. — Les signes de la grossesse péritonéale peuvent être divisés en rationnels, et sensibles.

Parmi les signes rationnels, je rangerai d'abord la persistance des règles; mais avant de passer outre, je dois faire remarquer qu'il y a beaucoup de cas de grossesse utérine dans lesquels les règles persistent jusqu'à une certaine époque, et j'ai eu occasion d'observer une femme qui n'était réglée que pendant la durée de ses grossesses. Dans l'observation de Bellivier décrite par Guillemot, dans les *Archives*, les règles avaient cessé de paraître, et les seins avaient subi un peu de gonflement. Dans d'autres circonstances, les règles ayant cessé de paraître pendant un certain temps, avaient reparu à une certaine époque (quatre, cinq, huit et neuf mois), lorsque le fœtus avait cessé de vivre, et la santé de la malade s'était rétablie en même temps : de là une indication thérapeutique mise à profit par quelques chirurgiens.

Les nausées, les maux d'estomac, les vomissemens, que l'on observe dans les circonstances ordinaires, surviennent également quelquefois dans l'espèce dont je m'occupe. Les appétits bizarres, ainsi que d'autres signes propres à la grossesse utérine, existent assez souvent, tandis que, au contraire, on ne voit que très rarement les seins subir des changemens de volume, ni sécréter du lait. De toutes les observations que

j'ai eues à examiner, celle de Bellivier est la seule où j'aie rencontré le développement des seins. Le ventre se gonfle dans *la partie où se développe le fœtus*, et ses parois offrent de la sensibilité. Mais quelque nombreux que soient les signes rationnels, et quelle que soit la valeur de chacun d'eux, ils restent aussi insuffisans, pris séparément, pour distinguer une grossesse péritonéale au début, c'est-à-dire avant le quatrième mois, que les signes sensibles, qui cependant sont, en général, plus dignes de fixer l'attention des chirurgiens; ce qui revient à dire que les deux groupes de signes ou de symptômes, se prêtant une mutuelle assistance, ne doivent point être négligés les uns pour les autres de la part d'un observateur attentif.

Les signes sensibles sont : d'abord le développement d'une tumeur que l'on sent manifestement à travers les parois abdominales. Cette tumeur est de consistance variable, selon l'époque du séjour du fœtus dans le péritoine, et selon que ce fœtus est entier, vivant ou mort, ou bien qu'il offre un squelette complétement divisé et renfermé dans un kyste, qui lui est propre. Dans l'observation de M. Gaucher, dont on a lu seulement l'anatomie pathologique, au palper du ventre, on trouva une tumeur qui avait ceci de particulier, qu'elle donnait à la pression une crépitation analogue à celle de petites esquilles. La malade était dans un état d'amaigrissement remarquable, *elle présentait la teinte jaune-paille des cachexies cancéreuses; en se fondant principalement sur cet état, on diagnostiqua un cancer de l'utérus*. Il faut aussi distinguer des variétés de position. Lorsque le fœtus est encore vivant, il forme une légère tumeur dans l'abdomen, dont les parois font peu de saillie à l'extérieur, car son existence se prolonge rarement alors au-delà du quatrième

mois : on perçoit ses mouvemens ; mais l'on a pas encore eu occasion, que je sache, de constater le souffle placentaire. A cette époque encore, la tumeur donne une résistance médiocre, et peut être déprimée avec assez de facilité.

Si l'on n'a affaire qu'à des débris de fœtus renfermés dans un kyste, leur résistance est très faible ; la tumeur se laisse facilement déprimer, et l'on peut aussi sentir à travers les parois de l'abdomen et du kyste des parties dures, inégales, de différentes formes, que l'on est quelquefois amené, par la palpation, à reconnaître pour des os du squelette fœtal.

Si la tumeur est ancienne, elle devient aussi plus volumineuse et l'abdomen acquiert un développement plus considérable : elle est alors plus dure, plus résistante, et l'on peut mieux constater à la palpation la présence du fœtus, dont les diverses inégalités sont facilement appréciables, ce qui s'explique par la transformation cartilagineuse, osseuse et quelquefois calcaire du fœtus, comme dans le cas rapporté par Mitivier, et dans la seconde observation de Smelli.

On doit avoir égard à la position de la tumeur fœtale. Ainsi, lorsqu'elle est située transversalement sur la colonne vertébrale, ou dans l'un ou l'autre hypochondre, ce qui toutefois est très rare, elle est beaucoup plus facile à confondre avec les autres tumeurs qui se développent dans l'abdomen ; et je ne crois pas inutile de dire ici quelques mots d'une dame que j'ai montrée, il y a deux ans, à MM. Récamier, Bouillaud et Jobert. Cette jeune femme, mariée depuis deux ans, avait cessé d'être réglée deux mois avant son mariage, lorsqu'elle s'aperçut, six mois après, qu'elle portait dans l'hypochondre gauche une tumeur qui ne la gênait que par son poids et son volume. Cette tumeur grossit pendant dix-huit mois, et occasionna un épanchement de liquide dans l'abdomen, qui

était développé à-peu-près comme chez une femme à terme. Les règles n'avaient plus reparu. Elle avait consulté beaucoup de médecins ; deux seulement se prononçaient en faveur d'une grossesse péritonéale. Je dois ajouter que cette jeune femme n'était point devenue enceinte, qu'elle n'avait jamais eu de fièvre intermittente, ni de maladie du foie; ses urines avaient toujours été normales. On sentait de la fluctuation dans l'abdomen, excepté dans l'endroit où se trouvait la tumeur, qui était refoulée et fortement déprimée vers les fausses côtes gauches; le volume de cette tumeur égalait celui d'une tête d'enfant: elle était oblongue, inégale et bosselée. On se décida à y faire une ponction explorative, et il en sortit un liquide blanc, filant, glaireux, qui donna à penser que l'on avait affaire à une tumeur hydatique de la rate ; on fut également porté à croire, d'une autre part, que l'ovaire pouvait bien être le siége du mal; on vida ensuite l'abdomen, et la tumeur, qui d'abord était fixe, devint bientôt très mobile et insensible. L'autopsie est venue tout récemment démontrer que l'ovaire seul était malade. D'un volume énorme, il était criblé dans son épaisseur d'une grande quantité de kystes à cloisons fort épaisses. Il y a donc possibilité de commettre une erreur de diagnostic dans ces circonstances : c'est ce qui m'a déterminé à citer cette observation. Je reviens à mon sujet.

Lorsqu'une tumeur est située dans l'excavation recto-vaginale, on trouve alors des signes qui décèlent sa présence, non-seulement par la saillie qu'elle peut faire sur le rectum, mais encore par les déplacemens qu'elle peut faire subir à l'utérus. Ceux-ci sont de deux sortes : en bas, et en avant; si l'utérus est seulement déprimé, abaissé, le col paraît au toucher très proéminent; et c'est ce qui a pu faire dire à

quelques observateurs que dans cette circonstance le col était allongé : s'il est renversé en avant, on sent le col en bas et en arrière, et dans une position d'autant plus exagérée que la tumeur est plus volumineuse. Il pourrait se faire qu'une tumeur fœtale vînt se loger sur le repli vésico-vaginal du péritoine ; alors elle abaisserait également l'utérus, comme dans le cas précédent, ou bien entraînerait une rétroversion d'autant plus complète, que la tumeur serait aussi plus volumineuse ; mais, dans ces diverses circonstances, combien n'existe-t-il pas de causes d'erreur ?

Du côté de l'utérus, on observe peu de signes qui aient quelque valeur. Des auteurs disent que le volume s'accroît jusqu'à une certaine époque, que le col s'allonge ; d'autres prétendent, au contraire, que le col se raccourcit en même temps que son orifice se dilate. Il ne faut pas négliger certains signes très importans, surtout pour les grossesses péritonéales déjà anciennes : ce sont des douleurs semblables à celles qu'éprouvent les femmes en couches, qui se font sentir chez quelques-unes dans la première année de la gestation abdominale, et qui se renouvellent jusqu'à deux et trois fois. Enfin, je dois ajouter que lorsque le fœtus continue de vivre dans l'abdomen, on peut percevoir ses mouvemens, qui, dans un cas, ont été si violens, qu'une seule personne ne pouvait les arrêter par une pression forte et prolongée sur le ventre de la mère.

Les signes de la grossesse péritonéale secondaire sont à-peu-près les mêmes que les précédens, à quelques exceptions près cependant. Ainsi il arrive quelquefois qu'à une époque indéterminée d'une grossesse normale, ou au moment de l'accouchement, sous l'influence d'une cause quelconque, une douleur très violente, *horrible*, dit un auteur, se ma-

nifeste dans le bas-ventre, en même temps que la femme accuse une sensation de déchirement dans la même région. Cette douleur surgit habituellement sans symptômes précurseurs, au moment où on s'y attend le moins, aussi bien dans le cours de la grossesse qu'au moment de l'accouchement, ou pendant les efforts du travail d'expulsion. Après cet accident, il survient des symptômes de péritonite qui se calment bientôt, pour reparaître encore de temps en temps, et d'une manière irrégulière. Au toucher, l'abdomen offre en général alors un peu de fluctuation, et les règles reparaissent souvent après cette terminaison fâcheuse de la grossesse normale. Dans un cas cité par M. Duparcq, la tumeur était roulante dans l'abdomen, et dans un autre exemple du même auteur, la pression abdominale resta extrêmement douloureuse pendant environ huit ou dix mois.

Lorsque le passage du fœtus, de l'utérus dans le péritoine, s'opère au moment de l'accouchement, la chose est si évidente pour l'accoucheur, qu'il n'a pas besoin de s'en rapporter aux signes qu'il observe long-temps après, pour savoir à quelle lésion il a affaire.

Marche et terminaison. — L'ovule une fois arrivé dans la cavité du péritoine (pour ce qui regarde la grossesse abdominale primitive) meurt immédiatement et finit par disparaître, par être résorbé, et alors il n'y a pas de grossesse proprement dite; ou bien il se fixe sur un point du péritoine, y détermine une légère inflammation adhésive, et s'y greffe de la même manière que dans la cavité utérine. La circulation s'établit entre la mère et l'embryon, qui vit et se développe jusqu'à trois mois et demi ou quatre mois, le plus habituellement, et environ une fois sur vingt, jusqu'à cinq, huit et neuf mois. Pendant tout le temps de son existence,

il donne lieu aux symptômes que l'on connaît, et sur lesquels je ne crois pas devoir revenir. Souvent à mesure qu'il prend du volume, il se fait dans l'abdomen un épanchement si considérable, qu'il peut en imposer pour une ascite.

A une époque plus ou moins éloignée de celle de la fécondation, la grossesse péritonéale peut se terminer de bien des manières différentes, dont chacune a une influence directe sur le pronostic et la thérapeutique.

1° Le fœtus meurt à trois mois et demi, quatre mois, comme je l'ai déjà dit, et alors la mort du fœtus peut occasionner le plus ordinairement une inflammation du péritoine qui emporte la mère. Cette péritonite peut survenir, soit que le kyste qui contient le fœtus se déchire, ou qu'il reste intact. Lorsqu'il se déchire, le liquide contenu, ainsi que l'embryon entier ou divisé, se répandent dans l'abdomen, et amènent une péritonite nécessairement mortelle, car alors on ne songe guère à faire l'extraction du fœtus. Lorsqu'il ne se rompt pas, il arrive également qu'il se putréfie, ainsi que le fœtus, et qu'il détermine une inflammation, lente du péritoine, qui sécrète alors un liquide, sérosité ou pus, qui remplit peu-à-peu l'abdomen, et entraîne infailliblement la mort à une époque plus ou moins rapprochée., et difficile à déterminer.

2° D'autres fois, le fœtus étant mort, le kyste occasionne seulement une inflammation dans le point où il se trouve, inflammation qui ne gagne pas en étendue, mais en intensité dans le point où agit la cause d'excitation. Le péritoine s'ulcère, se déchire, ainsi que la partie qu'il tapisse, et peu-à-peu le foyer du kyste, communiquant avec l'extérieur, se vide des parties qu'il contient, et l'art aidant à la nature, la guérison arrive, mais avec lenteur et de grandes souffrances.

Il est des cas où, pendant ce travail d'élimination, la mère ne peut résister, et succombe dans un état de marasme très grand, au moment peut-être où elle allait être délivrée et rendue à la vie.

3° On a vu de ces kystes contracter des adhérences sur les parois abdominales, et se faire jour à l'extérieur par l'ombilic, ou tout autre point, ou bien encore à travers le vagin, le rectum et la vessie ; et c'est ce qui peut arriver de plus heureux, car on en cite beaucoup de guérisons.

4° D'autres fois le fœtus étant mort, toujours à trois ou quatre mois, il se dessèche, se momifie, fait en quelque sorte partie constituante de la mère, et reste dans le lieu où il s'était fixé d'abord pendant des années, sans jamais incommoder la malade, qui peut encore devenir mère. Il en existe dans la science plusieurs observations.

5° Enfin, il arrive, mais très rarement, que le fœtus vit jusqu'au terme de neuf mois, et il incommode tellement la mère, dont les jours sont alors en danger, que l'on a recours forcément à la gastrotomie.

On trouve dans les recueils, quelques exemples de récidive, mais ces cas sont extrêmement rares. Ils offrent néanmoins les mêmes modes de terminaison que les cas simple, et si la première grossesse finit heureusement pour la mère, il n'en est pas de même de la seconde qui est, il faut le dire, presque constamment mortelle.

La grossesse péritonéale secondaire, si elle n'a pas la même marche que la précédente, du moins elle en a la même terminaison.

L'enfant passé dans l'abdomen occasionne le plus habituellement la mort de la mère à l'instant de son passage, surtout s'il est avancé en âge. Mais une fois arrivé dans cette

cavité, si la mère n'éprouve pas d'accidens consécutifs, le fœtus meurt ordinairement, à quelques exceptions près. Une fois mort, le kyste qui l'enveloppe contracte des adhérences qui s'organisent, et là, le fœtus quoique corps étranger, peut subir les mêmes transformations que dans la grossesse péritonéale primitive. Mais, à une époque indéterminée, il peut aussi donner lieu à un travail inflammatoire qui devient promptement mortel, ou bien qui n'a pour but que d'expulser le fœtus par un point quelconque, ainsi qu'on l'a vu précédemment. Il n'y a donc dans la terminaison de ces deux espèces de grossesse, que fort peu de différence, tandis que la marche ne doit pas en être semblable, puisque, d'une part, le fœtus se développe dans le péritoine de la mère; et que de l'autre il y arrive tout formé.

Quoi qu'il en soit de ces diverses terminaisons, le pronostic est toujours extrêmement grave. On pourrait presque dire de cette funeste maladie, ce que l'on disait des maladies du cœur, *hæret lateri lethalis arundo*. Entrer dans des détails spéciaux à propos du pronostic, serait, je crois, répéter à-peu-près tout ce que j'ai dit, touchant les diverses terminaisons.

Dans un prochain mémoire, je traiterai de la thérapeutique de la grossesse extra-utérine abdominale. Cette partie, exigeant de nombreux développemens, et des considérations pratiques importantes, j'attendrai de nouveaux faits pour m'en occuper. Pour le moment, je me bornerai à renvoyer le lecteur aux livres classiques qui en ont traité *in extenso* (Velpeau, *De l'art des Accouchemens*). (*Cazeaux*).

DISCOURS

Prononcé à la rentrée du cours de Clinique chirurgicale, à la Faculté de médecine de Strasbourg,

Par M. le professeur C. Sédillot.

(Année scolaire 1843-1844.)

Messieurs,

Lorsque je fus chargé, en 1841, du cours de clinique chirurgicale, je consacrai une première leçon à vous entretenir des devoirs et de l'utilité de cet enseignement.

Je vous expliquai comment je comprenais un cours de clinique, sous le triple rapport de la science, de l'étude et de l'humanité, représentés par le professeur, les élèves et les malades, et je cherchai à développer, entre nous, une heureuse solidarité de travail et de confiance.

Aujourd'hui, j'aborderai une question plus générale : celle des progrès de la chirurgie. Il est important, sans doute, de marcher dans des voies régulièrement tracées, et de suivre l'exemple et les préceptes de ses maîtres ; mais il ne l'est pas moins de se former une idée nette et assurée de l'objet des études auxquelles on consacre sa vie, et de savoir à quels degrés de certitude on peut arriver, et quelle méthode y conduit.

Nous n'avons pas la prétention de vous exposer une doctrine nouvelle ; nous cherchons simplement à profiter des découvertes qui éclatent de toutes parts, et nous voulons, sans sortir des vérités acquises, appeler le passé au perfectionnement de l'avenir.

L'incertitude, le découragement et le doute reprochés à notre époque, n'ont pas tout envahi : la science a conservé le privilége d'inspirer de nobles curiosités, d'infatigables dévoûmens, et elle offre en échange de profondes satisfactions et d'admirables secrets à conquérir.

La médecine est un champ immense livré à nos recherches; et si l'âme humaine échappe à ses attributions, l'homme matériel et périssable reste accessible à des explorations infinies. Nous nous demandons quelle place il occupe parmi les corps de la nature, à quelles lois il est soumis, quelles modifications organiques représentent ses états de santé et de maladie? Tels sont quelques-uns des problèmes agités de tout temps, et il faut oser les aborder pour fonder une doctrine et une méthode.

A nos yeux, le corps humain obéit aux mêmes lois que les autres corps de la nature, et, pour lui comme pour eux, il y a invariabilité des phénomènes dans des conditions matérielles identiques. Voilà la doctrine.

L'observation et l'expérience, appliquées avec tant de succès aux sciences physiques, sont les seuls moyens d'étudier l'homme et de le connaître. Voilà la méthode.

De pareils termes sont trop généraux pour suffire à l'intelligence d'un si vaste sujet : nous devons donc en montrer la portée et la valeur.

Nous avons assez clairement formulé la distinction tranchée qui existe entre le corps et l'esprit, pour n'avoir pas à y revenir. Pour nous, l'homme médical est le mécanisme humain, le résultat pur du jeu de l'organisation, et il ne faudra jamais perdre de vue ce point de départ, et ne pas confondre les deux natures de l'humanité, quand nous ne devons et ne pouvons en comprendre qu'une seule. L'homme, considéré dans son organisation, est exclusivement matériel, et, à l'instant que nos fonctions sont rendues dépendantes des forces ou des propriétés de la matière, il est nécessaire de s'entendre sur la signification de ces deux mots : *forces* et *propriétés*.

Deux systèmes ont été en présence dès les premiers âges du monde, et, malgré le travail des siècles, ils sont restés debout et ont résisté à tous les assauts.

Dans l'un, on suppose la matière inerte et passive, obéissant à des forces susceptibles de la mettre en œuvre.

Dans l'autre, on croit la matière douée de propriétés inhérentes, indissolubles, dont la manifestation suffit à tout.

Pour plus de clarté, prenons un exemple. Les partisans des forces admettent que les mouvemens de composition et de décomposition de nos organes, compris sous le nom de nutrition, dépendent de forces particulières, s'emparant des molécules alimentaires, et les obligeant à se combiner et à s'associer, ici de telle ou telle façon, et là de telle autre.

Selon que ces forces sont augmentées ou diminuées, la nutrition s'active, s'arrête ou languit, sans que les molécules constituantes sortent de leur absolue passivité.

Il en résulterait logiquement que la considération des organes en eux-mêmes serait de peu d'importance, et qu'il faudrait se borner à l'étude des forces, seules douées du principe de l'activité ; car, pour attaquer un effet, la prénotion de la cause est nécessaire, et doit être le but de nos recherches. Qu'importe donc l'inspection de l'organe, s'il est passif? tout au plus révélera-t-il les désordres produits par l'aberration de la force fonctionnelle ; et, pour ramener cette dernière à son degré normal, c'est sur elle qu'il faudrait agir.

Les défenseurs de l'activité primordiale de la matière regardent l'intervention des forces comme une simple hypothèse, et un rouage inutile, capable de paralyser nos efforts et de nous endormir dans les vains songes d'une science imaginaire ; aussi donnent-ils de la nutrition une explica-

tion différente, et ne manquent-ils pas d'opposer des objections à leurs adversaires. D'après eux, les mouvemens de composition et de décomposition du corps résultent des molécules alibiles mises en contact avec d'autres molécules formant déjà la trame et la substance de nos organes.

En raison d'une foule de conditions dont l'appréciation est possible, telles que les changemens déterminés par l'âge, l'état de santé ou de maladie, la nature de l'aliment, etc., la molécule nutritive jouira de propriétés particulières qui la forceront à s'adjoindre aux parties en contact, tandis que d'autres molécules seront désagrégées et seront éliminées de l'économie, à moins qu'elles ne soient rendues propres à de nouvelles réparations, par de nouveaux changemens. Si les élémens nutritifs sont constitués d'une manière conforme au but qu'ils ont à remplir, la nutrition sera parfaite, en faisant, toutefois, abstraction de l'occurrence de toute cause morbide; si, au contraire, ils sont insuffisans, soit en qualité, soit en quantité, l'individu sera plus ou moins profondément affecté.

La conséquence de ce système est d'attribuer les modifications de la nutrition, soit à l'état des organes, soit à celui de la molécule alibile, et de diriger le traitement vers l'un ou l'autre, selon la cause présumée du mal.

Quoi de plus facile que de se rendre compte des défauts de quantité ou de qualité des élémens réparateurs? Les propriétés de la matière suffisent à l'intelligence des phénomènes observés; et n'est-il pas inutile de recourir à l'intervention des forces qu'il n'a jamais été donné à personne d'apercevoir ni de démontrer?.

Si la matière est inerte, pourquoi la force nutritive ne rendroit-elle pas apte à la nutrition une substance quelconque?

Toute matière étant passive, doit être également propre à recevoir ses propriétés des forces qui s'en emparent, et on ne comprend pas le pourquoi d'une matière nuisible, inassimilable, purgative ou narcotique.

Les faits sont heureusement trop frappans pour être niés ou méconnus, et, une fois sur la voie de l'intervention des forces particulières, rien n'a coûté pour en créer de nouvelles. On a donc supposé des forces émétiques, calmantes, sédatives, etc., pour répondre aux exigences de l'observation. On sait que Vanhelmont les avait représentées comme autant de petits souverains auxquels il donnait le nom d'archés, et qu'il faisait siéger, l'un sur le pylore, l'autre sur le ganglion semilunaire, et partout où il en avait besoin pour ses explications.

Comme l'esprit humain éprouve un véritable entraînement à se payer de mots, on inventait mille subtilités plus ou moins ingénieuses pour se rendre compte de l'union de la force à la matière, et il en fallait beaucoup pour annihiler à-peu-près complétement le rôle de cette dernière, tout en admettant la nécessité d'agir constamment sur elle et par elle.

Si une force était exagérée, on la combattait par des corps chargés d'une autre force affaiblissante ; la saignée laissait sortir les esprits effervescens, et toute matière se trouvant douée d'une force particulière, et étant un réceptacle destiné à la loger et à la contenir, on se servait d'elle comme d'un intermédiaire obligé pour arriver au but que l'on se proposait.

On est assez disposé à se moquer de ces innombrables forces dont on a fait un si grand abus ; et quand on s'attache à les considérer dans une fonction spéciale, et qu'on voit le ridicule et le vide de ces vagues suppositions, on se croit en droit de les condamner.

Cependant, en remontant à l'étude analytique des corps, et en examinant leurs manifestations phénoménales les plus simples, on ne tarde pas à rencontrer, de prime abord, des difficultés humainement insolubles, jusqu'à ce jour au moins, et on reconnaît qu'il existe des actions à distance sans rapports mécaniques sensibles.

Ainsi le rapprochement et l'éloignement des particules du corps, tels qu'ils ont lieu sous l'empire de l'attraction ou de la répulsion électriques, se présentent à notre esprit sans occurrence matérielle, et en voyant les planètes décrire régulièrement leurs orbites autour du soleil, ou les graves corps compris dans l'atmosphère terrestre se précipiter vers le centre de notre globe, par suite des mêmes lois, on n'imagine aucun lien fixé à de pareilles masses, et les faisant mouvoir mécaniquement. On est donc forcé, comme je le disais, de supposer des puissances autres que celles auxquelles nous attribuons des formes tangibles et saisissables, et il nous faut recourir à un genre d'action inconnu dans son essence, auquel nous donnons le nom de force.

Le système des forces est donc rationnel et inattaquable, et la seule faute a été peut-être d'en avoir abusé en multipliant un ordre de causes qu'il fallait s'efforcer, au contraire, de restreindre. Tel est le travail commencé de nos jours, où toutes les forces spéciales, si légèrement admises, sont ramenées à deux principales : l'attraction et la répulsion, ou même à une seule, l'attraction.

Dans cette hypothèse, la répulsion ne serait qu'une sorte d'attraction en sens inverse, deux corps s'écartant l'un de l'autre, toutes les fois qu'ils tendent à se réunir à d'autres corps plus éloignés ; ajoutons que le pouvoir de l'homme sur tous les corps de la nature se borne aussi à les rapprocher

ou à les éloigner les uns des autres. Les phénomènes subséquens peuvent être prévus par lui, mais restent complétement indépendans de son intervention.

La matière en soi est-elle donc active ou passive, principe ou condition des phénomènes dont nous étudions les lois.

Nous avons fait pressentir notre opinion à cet égard : nous regardons un pareil problème comme offrant des difficultés insurmontables dans l'état actuel de nos connaissances, et il nous paraît probable qu'on ne parviendra jamais à le résoudre d'une manière définitive. Nous l'abandonnons donc à des travaux ultérieurs, et cela avec d'autant moins de regrets, que la solution en serait assez peu importante pour nos études. La raison en est aisée à déduire, et nous l'indiquerons immédiatement. Si la matière n'est pas la cause de tous les phénomènes observés, elle en est au moins la condition indispensable, et dans les deux systèmes c'est sur elle seule qu'il nous est permis d'agir.

De quelque manière que nous envisagions les forces, il faudra toujours une molécule pour leur manifestation. Tel est à nos yeux le dernier terme de la question, et si chacun voulait y réfléchir, il n'y aurait plus de dissentiment à cet égard.

Sur quoi donc essaie-t-on de l'entretenir? Nous répondrons, sur rien et sur tout, car les derniers partisans des forces multiples sont amenés à de singulières concessions.

Ils s'enveloppent dans une obscurité parfaitement incompréhensible pour qui n'a pas la foi ou n'est pas adepte, et retranchés dans cette espèce de mysticisme, où l'on ne s'occupe pas de les poursuivre, ils continuent à croire en eux-mêmes et à former une petite secte de plus en plus délaissée et inaperçue.

Pour le démontrer, passons en revue quelques-uns des principes qui doivent présider à l'étude des corps de la nature, et rendre notre science facilement accessible à toutes les intelligences.

Une première loi, et la plus importante, est que les manifestations phénoménales sont invariablement liées aux conditions matérielles de leur expression. S'il en était autrement, il n'y aurait plus de sciences, car celles-ci consistent dans la connaissance des rapports des choses, et si ces rapports manquaient de fixité, ils ne sauraient être étudiés ni élevés au rang de vérités reconnues.

Ainsi l'acide cyanhydrique, d'un certain degré de concentration et de pureté, est une substance toxique de la plus grande énergie. Voilà un fait établi, et on peut être certain que les propriétés de ce corps ne varieront pas tant que sa composition sera la même. C'est la preuve de l'invariabilité des phénomènes, et nous avons déjà fait remarquer dans un autre travail, qu'en supposant cette invariabilité un instant détruite, il n'y aurait plus rien de régulier ni de permanent sur la terre, qui retomberait sur-le-champ dans le chaos.

Nous avons choisi à dessein l'exemple d'une substance toxique, parce qu'il s'adresse en même temps aux propriétés de la nature non vivante et à celles de l'agrégat vivant, propriétés également invariables dans les deux cas, les corps vivans ayant un aussi grand besoin de fixité et de constance, dans les conditions de leurs phénomènes, que les corps non revêtus de la vie.

Ceci paraissant incontestable pour le mécanisme des êtres, comment se fait-il que des esprits éminens contestent l'identité des lois générales pour les faits de vie ou de non-vie?

Ce sont des dissidences dont il nous est complétement im-

possible de nous rendre compte, et nous en dirons les raisons, parce qu'elles sont capitales et ne supportent aucune obscurité.

La matière est la condition ou la cause (peu importe cette distinction, comme nous l'avons démontré) de tous les phénomènes naturels.

Les différences physiques et chimiques des états moléculaires des corps entraînent nécessairement des variétés correspondantes dans les manifestations phénoménales. Les différences si tranchées de l'état de vie ou de non-vie se rapporteront donc à des variétés équivalentes, dans les états physiques et chimiques des molécules constituantes, que ces dernières soient, je le répète, la condition ou la cause de ces phénomènes, puisque en supposant la matière inerte ou active, elle n'en reste pas moins l'élément indispensable de toute manifestation.

Dès-lors, les lois de la nature ne sont autres que la généralisation des faits observés; et comme ces faits se rattachent tous à un même genre de causes, il n'y a pas à supposer de lois contraires les unes aux autres, mais simplement des lois différentes, par cela seul qu'elles expriment des états et des faits différens.

Dans l'ordre d'idées où se meut aujourd'hui la science, ce sont là de véritables axiomes, et nous ne les eussions pas rappelés, s'ils ne rencontraient des contradicteurs d'autant plus difficiles à combattre, qu'on ne sait où ni comment les saisir, en raison de la nébulosité de leurs principes, s'il est vrai qu'ils possèdent quelque chose de ce nom.

Ces hommes, dont quelques-uns offrent une distinction remarquable par l'étendue et la variété de leurs connaissances, soutiennent cependant deux opinions d'une valeur fort

inégale : l'une, que les corps vivans sont constitués en vertu de forces appelées vitales (pour en mieux caractériser l'essence); l'autre, que ces mêmes forces sont en opposition directe avec celles, physiques ou chimiques, qui régissent tous les autres corps non vivans de la nature.

Nous adoptons, sans aucune objection, la première de ces propositions, car elle exprime et résume un des principes dont nous avons cherché à démontrer la certitude.

Tout corps existe, avons-nous dit, en tant que corps, avec ses caractères propres d'étendue et d'impénétrabilité, et il est en même temps et invariablement source ou condition de phénomènes attribués indifféremment à des propriétés ou à des forces. Ce sont la forme, la pesanteur, les cohésions et affinités moléculaires, l'attraction, et beaucoup d'autres manifestations, que nous avons dit se réduire peut-être à deux, l'attraction et la répulsion, ou à une seule, l'attraction ; de même qu'il n'est pas impossible que les corps simples, aujourd'hui encore fort nombreux, ne soient ramenés théoriquement au moins à un seul, et que les phénomènes si divers de la nature ne dépendent d'une matière élémentaire unique, soumise également à une force unique.

Quoi qu'il en soit, les lois sont constituées par la généralisation des faits. Elles sont physiques, quand elles se rapportent à l'étude des corps en général, chimiques s'il s'agit des actions moléculaires, et elles seront, d'après les mêmes règles, exclusivement vitales, si elles s'adressent particulièrement aux phénomènes des corps vivans. Nous sommes donc à cet égard parfaitement d'accord avec l'école des vitalistes. Mais si nous nous rallións à cette première proposition, qui forme un des chaînons logiques de notre système, nous nous trouvons dans le désaccord le plus complet au

sujet de la deuxième, et nous ne saurions admettre aucune opposition entre les lois chimico-physiques et les lois vitales.

A priori, et d'après les axiomes précédemment énoncés, il ne devrait pas y avoir lieu à démonstration, puisque la connexité de ces lois paraît forcée.

Mais les vitalistes abandonnant les vérités fondamentales d'où nous sommes partis, se refusent à apercevoir dans les agrégats vivans les propriétés ou les forces d'une simple organisation matérielle, et comme ils ne peuvent cependant méconnaître la nécessité de l'intervention des corps dans la production des phénomènes, ils se perdent dans toutes sortes d'inconséquences et tombent dans mille difficultés que nous leur avons déjà reprochées.

Ils disent : 1° Les lois vitales sont en opposition avec les lois chimico-physiques, parce qu'il n'y a entre ces deux ordres de lois ni analogie ni ressemblance.

Cette assertion n'est aucunement fondée : les lois de l'électricité ne sont pas les mêmes que celles de la lumière, et cependant elles rentrent également dans le domaine de la physique. Il en est de même pour celles des agrégats vivans, qui doivent être considérés en eux-mêmes, et ne sauraient être assimilés à des corps différens, puisque leur constitution et leurs phénomènes ne sont pas semblables.

Le principe est identique, et, en dernière analyse, nous retrouvons des molécules élémentaires animées de forces ou de propriétés ; mais les phénomènes varient en raison de la forme, du volume, du mode d'association et de combinaison de ces molécules. La chaleur, le son, la lumière, la cohésion, diverses affinités, en sont la conséquence, et selon les mêmes lois, tel organe sécrétera des larmes, tel autre la

bile. On insiste cependant, et contestant l'évidence, on compare le cadavre à l'être vivant, et on soutient que dans les deux cas les états matériels sont les mêmes, et que dès-lors le passage de la vie à la mort reste inexpliqué et inexplicable par les lois générales de la physique.

C'est manifestement se mettre en dehors de toute discussion que de recourir à des argumens aussi peu sérieux.

Il est des choses tellement évidentes qu'elles n'ont pas besoin d'être prouvées, et on se contente de plaindre ceux qui ont le malheur de les méconnaître. Le sang chaud, liquide et rutilant, mêlé à l'air de la respiration d'un homme vivant, est-il donc le même que le sang noirâtre, froid et coagulé, que l'on trouve rassemblé dans les grosses veines d'un cadavre? Mais n'insistons pas. Dès qu'il a été démontré que tout phénomène naturel avait sa cause ou sa condition dans un état particulier de la matière, et que la variété des phénomènes dépendait nécessairement et invinciblement de la variété des conditions matérielles auxquelles ils se liaient, il n'est plus obligatoire de prouver des différences d'état des corps là où existent des différences dans les manifestations : ce sont des ordres de faits correspondans unis par des liens indissolubles, et qui se supposent nécessairement. Ainsi, toutes les fois que deux molécules présenteront une composition différente, on peut être certain que leurs propriétés ne seront pas identiques, et là où des propriétés identiques n'existeront pas, on possédera la même certitude que les molécules qui en sont la cause ou la condition différeront également. Il suffit donc que les phénomènes des corps organisés ne soient pas les mêmes à l'état de vie ou à l'état de mort, pour regarder comme vérité acquise et incontestable que

ces différences reposent sur des conditions matérielles dissemblables, que l'on peut ne pas connaître, mais que l'on n'est pas en droit de nier.

Toutes les subtilités par lesquelles on s'efforcerait de prouver l'identité matérielle des corps pendant la vie ou après la mort ne seraient donc pas dignes de réfutation, et s'il était vrai qu'on n'eût pas établi dans les deux cas une distinction suffisante, fondée sur des caractères appréciables, il faudrait simplement se donner la peine de les chercher.

Si l'on prouvait qu'il n'existe pour tous les corps naturels que deux forces, l'attraction et la répulsion, ou même qu'une seule, l'attraction, il serait assez difficile d'en trouver d'autres pour les agrégats vivans, et il faudrait bien se résoudre à chercher la raison de leurs phénomènes, en apparence si complexes, dans les conditions particulières de la manifestation de ces forces.

Mais sans nous élever à de si hautes généralités, voyons jusqu'à quel point les corps vivans sont en opposition avec les lois physiques et chimiques de la nature.

Les corps vivans échappent-ils aux lois de la pesanteur? Les chutes qui déterminent chaque jour tant d'accidens répondent à cette question; et ceux qui ont suivi notre clinique savent quelle importance nous attachons à la position plus ou moins inclinée des parties malades, et quels remarquables succès nous obtenons de cette simple observation des lois de la pesanteur.

Les variations de température seraient-elles sans influence sur la vie? Les milliers d'hommes qui ont péri par le froid ou par le feu sont là pour en témoigner; et en chirurgie encore les applications réfrigérantes ou calorifiques indi-

quent outre mesure quels sont à cet égard les résultats de l'observation.

Le fluide électrique exerce une action puissante sur les corps non organisés, et il détruit avec la même rapidité l'existence des individus qu'il atteint.

La lumière opère une foule de réactions dans les composés chimiques. Ne constatons-nous pas son influence sur les agrégats vivans.

Nous citons seulement ces exemples pour ceux qui errent sans guide dans le dédale des faits particuliers dont ils méconnaissent les lois, et qui, frappés d'un perpétuel étonnement par des phénomènes dont ils ne peuvent se rendre compte, finissent par abandonner tout recours à la raison, et se laissent subjuguer par les folles rêveries de leur imagination.

Nous ne trouvons donc aucune opposition entre les forces des corps et celle des agrégats vivans. Mais il est facile de signaler, comme nous l'avons dit, des différences, et nous en rappellerons quelques-unes pour avoir l'occasion de remonter à leurs causes, et de montrer qu'elles ne sont nullement exceptionnelles.

2° On dit, les corps vivans ont une température propre, et jusqu'à un certain point indépendante des milieux où ils existent : cela est vrai, mais dépend de phénomènes de combustion parfaitement expliqués par la chimie, et que M. Dumas a plus particulièrement encore précisés dans ces derniers temps. Nos calorifères ne sont pas des corps vivans, et cependant ils ont une température indépendante de celle de l'atmosphère : certains mouvemens mécaniques, ceux de frottement, par exemple, développent de la chaleur, et personne ne s'est avisé de les douer pour cela de la vie.

3° La chaleur cesse, dans tous les cas, en même temps que

les causes qui la produisent, et un cadavre dans lequel des fluides nourriciers et l'air atmosphérique n'alimentent plus la combustion vitale, prend rapidement la température ambiante, comme un foyer dont les matières combustibles sont épuisées. On ajoute : les liquides circulent contre les lois de la pesanteur ; mais quand on soulève des masses d'eau avec des turbines, ou qu'on les fait surgir des puits artésiens, quand on lance l'eau à de grandes hauteurs avec des machines, quand on la tire du sein de la terre au moyen du vide, on voit aussi ce liquide s'élever et circuler contre son propre poids ; les affinités chimiques, les différences de densité, la capillarité, produisent des effets semblables. Il en est de même pour les mouvemens des liquides vivans : il y a des forces d'impulsion ou d'attraction qui rendent précisément compte des phénomènes observés, et tout le monde les comprend et les admet.

4° Serait-ce la forme des corps vivans qui démontrerait l'opposition des forces vitales et physiques ? Nous observons tous les jours tel sel cristalliser en cube, tel autre en prisme, en octaèdre, en aiguille, etc. Pourquoi les corps organisés n'auraient-ils pas aussi leurs formes spéciales ? Pour qu'il y eût là le sujet d'une opposition réelle, il faudrait que les mêmes substances, restant identiques dans leur composition et leur arrangement moléculaire, présentassent des formes différentes, selon qu'elles seraient ou non vivantes, et ce n'est pas. La fibrine, l'albumine, la graisse, et les autres élémens des corps organisés ne cristallisent pas, comme les minéraux, mais ils affectent une tendance propre à des formes particulières, comme tous les autres corps, l'état chimique et physique étant la seule cause des innombrables variétés morphiques observées.

5° Le volume des êtres organisés est limité et circonscrit; celui des corps inorganisés ne l'est pas. Cette objection n'a pas plus de valeur que les précédentes : d'abord le volume des plantes et des animaux varie beaucoup selon les conditions où on les place. Les fougères des temps antédiluviens étaient immenses, comparées à celles de nos jours. On fait à volonté des arbres microscopiques ou gigantesques. En diminuant ou augmentant la quantité des alimens, on donne à des individus de la même espèce des proportions complétement dissemblables.

Il y a sans doute des limites que l'on ne saurait dépasser; mais croit-on qu'elles n'existent pas pour les corps inorganiques. Supposez que vous vouliez élever indéfiniment une colonne ou un monument, il viendra un moment où votre édifice s'écroulera en raison des simples lois de la pesanteur. Qu'importerait d'ailleurs qu'il en fût autrement : dès l'instant que la nature des corps n'est pas la même, chacun d'eux doit offrir des caractères spéciaux; et il n'y a autre chose à faire qu'à le constater, sans vouloir y découvrir des oppositions imaginaires.

6° Nous en dirons autant de l'homogénéité de certaines masses métalliques.

Dans quelque point qu'on les examine, on rencontre constamment une composition identique. Qui le nie? Mais faites cristalliser ensemble plusieurs substances, ou laissez-les se réunir en bloc par l'action du temps, vous trouverez alors dans la même masse une foule de corps différens, ayant ici telle forme, et là telle autre; de même pour les êtres organisés.

Il suffit de présenter une parcelle organique à un homme compétent, pour qu'il en reconnaisse immédiatement la na-

ture ; et si les os et les muscles ne se ressemblent pas, si un nerf ou une aponévrose ont chacun leur structure propre, c'est que leurs états chimiques et physiques n'offrent pas d'identité.

Je craindrais réellement d'insister sur ces démonstrations, tant elles paraissent évidentes. Cependant, encore un mot sur trois principales fonctions, la génération, la nutrition et le mouvement.

7° L'agrégat vivant, dit-on, jouit de mouvemens, les corps non vivans n'en présentent pas.

Cette proposition, considérée d'une manière absolue, n'est pas exacte : tous les corps de la nature sont dans un mouvement perpétuel dont la vitesse dépasse notre intelligence. Mais, outre ces mouvemens de totalité qui emportent notre globe dans l'espace, les substances inorganiques ont des mouvemens partiels extrêmement énergiques dès qu'ils échappent à l'état d'équilibre fixe.

Il suffit d'avoir été témoin d'une cristallisation au microscope solaire pour en acquérir la preuve. Considérez avec quelle facilité on obtient chimiquement la composition et la décomposition des corps. Le nitre se dépose sur nos murailles, l'acide carbonique, l'hydrogène sulfuré et cent autres gaz, s'échappent du sein des eaux et de la terre, les volcans lancent leurs flammes, le fer s'oxyde, le verre se dépolit ; partout et toujours s'opère un mouvement immense, universel. Et c'est en face d'un si grand spectacle que l'on ose taxer les corps inorganiques d'immobilité !

Sans doute les mouvemens des agrégats vivans sont encore plus complexes, mais cela dépend de la nature de leurs matériaux : ceux-ci, formés de substances dont les affinités sont vives et nombreuses, et les combinaisons peu stables, pa-

raissent jusqu'à un certain point échapper aux mouvemens déterminés et prévus des autres corps ; mais ce fait révèle seulement notre ignorance des affinités qui les produisent. Nous ne suivons pas directement le mécanisme des sécrétions, et nous ne pouvons encore dire par quel procédé les reins et le pancréas séparent du sang l'urine et le fluide pancréatique ; mais ce sont là des recherches à faire, et elles seront certainement couronnées d'un plein succès.

Quant aux mouvemens appelés spontanés, la même remarque y est applicable : si on n'en découvre immédiatement la cause, c'est qu'ils sont la conséquence d'attractions, de répulsions ou d'impulsions imparfaitement étudiées, mais dont les limites fort restreintes permettront d'en assigner les lois.

Les mouvemens n'étant qu'un effet secondaire, ne sauraient, dans aucun cas, être spontanés, et ils sont simplement la révélation d'une propriété ou d'une force.

Dès l'instant qu'ils rentrent dans l'ordre des résultats d'une modification matérielle, ils ne sont plus libres, à moins qu'on n'entende par le mot de spontané un phénomène dont la cause nous est inconnue : dans ce cas, nous dirons que tous les mouvemens des corps sont également spontanés, car nous n'en connaissons nullement la raison première ; et le mot d'attraction, en nous signalant une loi générale et universelle, ne nous en révèle aucunement le mécanisme ou l'essence.

8° Les fonctions de la nutrition ont aussi été prises par les vitalistes comme un exemple de l'opposition des forces physiques et vitales. Les minéraux s'accroissent, remarquent-ils, par juxta-position, les agrégats vivans par intususception. Nous devrions répondre, comme nous l'avons déjà fait pré-

cédemment, qu'il n'y a pas ici opposition entre les faits, mais seulement différence, et il nous sera facile de prouver que ces différences mêmes sont plutôt apparentes que réelles.

Que signifient ces termes de juxta-position et d'intussusception ? Que dans un cas les molécules nutritives (ou d'accroissement) se superposent les unes aux autres, tandis que, dans l'autre cas, elles pénètrent dans la masse même du corps.

Rappelons donc qu'une des propriétés de la matière est l'impénétrabilité. Quand une molécule se joint à une autre, elle ne peut le faire que par juxta-position, que le corps soit vivant ou non, et la distinction sur laquelle on insiste est erronée si on la considère d'une manière absolue.

Le minéral s'accroît de dehors en dedans, et l'être vivant de dedans en dehors. Mais c'est là un caractère sans valeur, puisqu'il repose sur l'ordre dans lequel se superposent les molécules par rapport à un centre arbitraire.

Ce sera inévitablement du côté où arriveront les matériaux d'accroissement, et là où ils se trouveront en rapport avec le corps préexistant, qu'ils pourront s'y adjoindre et en augmenter la masse. Si vous mettez un cristal dans une solution saturée de même sel, vous le verrez s'accroître par couches extérieures relativement à son centre. Mais commencez par faire déposer une couche cristalline sur les parois d'un matras, maintenez la tubulure libre, et renouvelez la dissolution, vous verrez les dépôts successifs se faire par couches intérieures et ne se réunir à leur point de rapprochement central qu'au moment où le vase sera complétement rempli. Comment voudriez-vous qu'un animal percé d'un conduit médian par lequel arrivent les alimens, se développât par couches extérieures, et là où les élémens nutritifs ne sont pas mis en contact?

ciens, des peintres, des mathématiciens, des théoriciens, ou des hommes d'action, que de faire naître un noir ou un blanc, un individu brun ou blond. On obtient comme on le veut, des chiens de garde, de berger, d'arrêt, des chiens courans ou de combat, des chevaux de course ou de trait, et toutes les variétés des animaux ; il a suffi pour cela d'étudier les conditions de leur formation.

Je sais que de pareilles idées sont traitées avec le plus grand dédain par la plupart des hommes, qui s'imaginent, dans leur orgueil, être d'un tout autre limon que le reste de l'univers; mais s'ils s'en distinguent en effet par les attributs divins, il faut qu'ils se résignent à reconnaître que leur organisation matérielle est soumise à l'empire des lois générales, résultat qui devrait moins les humilier en s'appliquant ces paroles de l'Evangile : « Tu n'es que poussière et tu retourneras en poussière. » Les questions que nous venons d'agiter, pourraient être développées davantage; mais, en les restreignant à leurs points fondamentaux, elles se simplifient remarquablement, et nous les résumerons ainsi.

1° De quelque manière que l'on envisage le rôle de la matière, on ne tarde pas à reconnaître qu'elle est cause ou condition de tous les phénomènes naturels.

2° Si on la considère comme cause, en la supposant dotée par le créateur des propriétés qu'elle manifeste, on est nécessairement conduit à admettre que les différences offertes par ces propriétés, dépendent des différences moléculaires correspondantes, puisque les phénomènes présentent la matière en action.

3° Si, au contraire, on refuse à la matière toute activité, et que l'on fasse intervenir des forces pour la mettre en jeu, on est encore amené à cette conséquence, que ces forces

de Dieu. Quand nous formons un oxyde de fer en plongeant la lame de ce métal dans de l'oxygène, nous mettons ces deux corps en rapport, mais leur combinaison est complétement indépendante de nos volontés et de notre puissance : elle a lieu nécessairement et invariablement sous l'empire de conditions parfaitement connues, que notre seul rôle s'est borné à rassembler.

Ces conditions sont telles, que dans beaucoup de cas il a été jusqu'ici impossible de les découvrir. Ainsi, tous les chimistes conviennent que le diamant est du carbone pur, et cependant personne n'a encore trouvé les conditions dans lesquelles on parvient à l'obtenir.

Parmi les corps réputés simples, plusieurs ne sont aux yeux des plus éminens chimistes que des composés dont le radical n'a pu être extrait. On les emploie néanmoins dans les compositions à opérer, et on n'en étudie pas moins les propriétés.

Il en est de même pour les agrégats vivans : on n'en forme pas de toutes pièces les molécules élémentaires, mais ces molécules, une fois produites, peuvent être directement combinées de manière à donner naissance à des êtres animés. Ainsi, en mettant dans un vase des œufs de batraciens, et y répandant quelques gouttes de la laitance du mâle, on les féconde à volonté, et on les voit successivement se développer et éclore. Par le rapprochement des sexes, on produit des individus nouveaux, et on peut à volonté, même pour l'homme, déterminer la race, le genre et l'espèce, selon les matériaux combinés. Si l'on voulait se donner la peine d'étudier suffisamment toutes les ressources que révéleraient à cet égard des combinaisons bien observées, il ne serait peut-être pas beaucoup plus difficile de produire des musi-

tions passées, accompliront de nouveaux progrès, et l'on verra le champ des découvertes et de la certitude s'agrandir devant les investigations incessantes de l'humanité.

Notre rôle particulier, comme médecin, est d'étudier et de connaître les lésions du corps humain, afin de les prévenir ou de les combattre. La tâche est difficile sans doute, mais elle a été fort avancée par nos prédécesseurs, et en indiquant les moyens de la continuer, nous aurons montré la voie des perfectionnemens de notre science.

Nous observons dans l'homme deux principales sources de connaissances au point de vue médico-chirurgical : l'étude des organes et celle des fonctions. Par organe, nous entendons toute la substance matérielle de l'être à l'état d'intégrité ou d'altération ; par fonctions, les phénomènes résultant des modifications de la substance. Elles seront normales ou morbides, selon que les organes seront sains ou lésés, puisqu'elles ne sont, comme nous l'avons dit, qu'une modalité des organes eux-mêmes.

Broussais a prétendu que l'on ne pouvait connaître la fonction sans l'organe, et il s'est appuyé sur ce motif pour faire rentrer la psychologie dans la médecine.

C'est une erreur manifeste, et j'ai cité le nom de cet illustre maître pour mieux fixer l'attention sur cette question.

Sans doute la connaissance absolue comprend l'effet et la cause ; mais il faut savoir nous borner fréquemment à l'examen des résultats, car nous n'arriverons jamais à la connaissance directe de la cause première ou de Dieu.

Les causes sont, il est vrai, de plusieurs ordres, et elles paraissent reculer devant nous au fur et à mesure de nos découvertes : mais sans revenir sur ces considérations abstraites, disons que chacun peut facilement comprendre

la différence qui existe entre un organe et une fonction.

Il est ordinairement impossible d'arguer d'aucune manière de l'un à l'autre, l'anatomie du foie n'a jamais appris à personne que cette glande fût destinée à la sécrétion de la bile.

Il n'y a pas de rapports sensibles entre le rein et l'urine; l'estomac et la digestion.

On peut même soutenir que ces rapports ne se rencontrent nulle part entre la matière et les phénomènes auxquels elle donne lieu.

Rien ne nous indique *à priori*, et sans connaissances ou analogies préalables, que l'air comprimé devienne lumineux, ou qu'un corps soit soluble dans l'eau, l'alcool ou l'éther, fusible, volatil ou odorant.

Toutes ces manifestations ne peuvent être connues que par l'expérience, et ce n'est que par la comparaison des phénomènes qu'il nous est donné de prévoir et d'annoncer tel ou tel résultat dans telle ou telle condition. Il est dès-lors évident que l'on peut diriger ses recherches sur les fonctions d'un organe en action, sans l'avoir sous les yeux, ni en posséder les détails matériels.

Il est fort inutile d'avoir disséqué des cerveaux humains pour étudier les facultés dont ce viscère est le moyen d'expression, et celui qui se bornerait à des investigations anatomiques n'arriverait jamais à la moindre notion des fonctions de l'encéphale, ni de celle d'aucun autre de nos organes.

L'estomac soumis au scalpel et à la loupe, nous révélerait-il les particularités de la digestion? Ce serait demander à l'examen d'une substance isolée la raison des phénomènes qu'elle deviendra susceptible de produire par sa combinaison ou sa réunion avec d'autres substances.

tions passées, accompliront de nouveaux progrès, et l'on verra le champ des découvertes et de la certitude s'agrandir devant les investigations incessantes de l'humanité.

Notre rôle particulier, comme médecin, est d'étudier et de connaître les lésions du corps humain, afin de les prévenir ou de les combattre. La tâche est difficile sans doute, mais elle a été fort avancée par nos prédécesseurs, et en indiquant les moyens de la continuer, nous aurons montré la voie des perfectionnemens de notre science.

Nous observons dans l'homme deux principales sources de connaissances au point de vue médico-chirurgical : l'étude des organes et celle des fonctions. Par organe, nous entendons toute la substance matérielle de l'être à l'état d'intégrité ou d'altération ; par fonctions, les phénomènes résultant des modifications de la substance. Elles seront normales ou morbides, selon que les organes seront sains ou lésés, puisqu'elles ne sont, comme nous l'avons dit, qu'une modalité des organes eux-mêmes.

Broussais a prétendu que l'on ne pouvait connaître la fonction sans l'organe, et il s'est appuyé sur ce motif pour faire rentrer la psychologie dans la médecine.

C'est une erreur manifeste, et j'ai cité le nom de cet illustre maître pour mieux fixer l'attention sur cette question.

Sans doute la connaissance absolue comprend l'effet et la cause ; mais il faut savoir nous borner fréquemment à l'examen des résultats, car nous n'arriverons jamais à la connaissance directe de la cause première ou de Dieu.

Les causes sont, il est vrai, de plusieurs ordres, et elles paraissent reculer devant nous au fur et à mesure de nos découvertes : mais sans revenir sur ces considérations abstraites, disons que chacun peut facilement comprendre

la différence qui existe entre un organe et une fonction.

Il est ordinairement impossible d'arguer d'aucune manière de l'un à l'autre, l'anatomie du foie n'a jamais appris à personne que cette glande fût destinée à la sécrétion de la bile.

Il n'y a pas de rapports sensibles entre le rein et l'urine; l'estomac et la digestion.

On peut même soutenir que ces rapports ne se rencontrent nulle part entre la matière et les phénomènes auxquels elle donne lieu.

Rien ne nous indique *à priori*, et sans connaissances ou analogies préalables, que l'air comprimé devienne lumineux, ou qu'un corps soit soluble dans l'eau, l'alcool ou l'éther, fusible, volatil ou odorant.

Toutes ces manifestations ne peuvent être connues que par l'expérience, et ce n'est que par la comparaison des phénomènes qu'il nous est donné de prévoir et d'annoncer tel ou tel résultat dans telle ou telle condition. Il est dès-lors évident que l'on peut diriger ses recherches sur les fonctions d'un organe en action, sans l'avoir sous les yeux, ni en posséder les détails matériels.

Il est fort inutile d'avoir disséqué des cerveaux humains pour étudier les facultés dont ce viscère est le moyen d'expression, et celui qui se bornerait à des investigations anatomiques n'arriverait jamais à la moindre notion des fonctions de l'encéphale, ni de celle d'aucun autre de nos organes.

L'estomac soumis au scalpel et à la loupe, nous révélerait-il les particularités de la digestion? Ce serait demander à l'examen d'une substance isolée la raison des phénomènes qu'elle deviendra susceptible de produire par sa combinaison ou sa réunion avec d'autres substances.

L'eau, un acide, des lames de cuivre et de zinc, des fils métalliques, un réceptacle en bois, disposés d'une manière convenable, donneront naissance à un courant électrique, et deviendront la cause d'une foule de faits extraordinaires et curieux.

Selon que l'on fera varier le nombre des plaques, l'étendue de leur contact, la concentration de l'acide employé, on déterminera de grands changemens dans les phénomènes produits, et cependant l'étude la plus approfondie de chacun des élémens séparés de la pile ne conduira jamais à soupçonner les résultats de leur action simultanée. Il en est de même des fonctions. Il ne nous est possible de les connaître que dans leur ensemble et leur manifestation, et l'étude de l'organe après la mort n'est qu'un moyen complémentaire de la connaissance. Ces considérations s'appliquent avec une égale justesse aux fonctions morbides, c'est-à-dire, à l'expression des organes lésés ou aux maladies. Il en est dont nous ignorons complétement le siége, et il faut nécessairement nous borner à leur étude abstraite et indépendante des états matériels qui les produisent. La connaissance est évidemment plus complète toutefois, quand on découvre la raison matérielle des phénomènes observés. Le plus sûr moyen de faire cesser une maladie est d'en détruire la cause, et par cause, nous n'entendons pas toujours les modifications organiques elles-mêmes, mais aussi les circonstances particulières qui les déterminent. Toute maladie présente en effet trois principales indications. La première, fonctionnelle ou expressive, est le cri de l'organisation souffrante : elle comprend la symptomatologie.

La deuxième est l'étude directe ou indirecte de la modi-

fication organique, qui est le principe ou la source de l'affection.

La troisième consiste dans l'emploi des moyens thérapeutiques appropriés. Ainsi, dans chaque cas particulier, trois points réclament toute l'attention du médecin : la maladie, sa cause, et son remède.

Il y a là un enchaînement naturel et logique, et quand la connaissance est arrivée à ce degré, on peut dire que la science est véritablement acquise et complète. Nous sommes malheureusement fort éloignés de cette perfection, et les deux derniers termes de la maladie, la cause et le remède, nous échappent dans le plus grand nombre des cas.

Passons en revue les divers degrés de certitude qu'il nous est donné de posséder, et voyons quelles sont les lacunes que nous devons nous efforcer de combler.

La chirurgie offre les exemples les plus satisfaisans de l'application de notre science, parce qu'elle embrasse ordinairement les trois degrés de connaissance.

Supposons une hernie étranglée. 1° La maladie nous est révélée par ses modifications organiques et fonctionnelles.

2° Nous en connaissons la cause; et en troisième lieu, nous avons les moyens de la faire disparaître.

Sans doute il se présentera encore une foule de difficultés secondaires. Le diagnostic sera susceptible d'obscurités, la cause du mal sera soumise à mille variétés; le remède lui-même sera plus ou moins efficace, selon qu'il sera employé avec plus ou moins d'habileté, en temps plus ou moins opportun, et sur un sujet plus ou moins heureusement disposé. Ce seront là des circonstances que l'on peut appeler communes, et chacun comprend, qu'avec une étude attentive des phénomènes, une appréciation exacte de la cause morbide,

et la puissance des moyens de médication, on touchera de bien près au degré de certitude qu'il est accordé aux hommes de rechercher et d'atteindre.

La plupart des lésions chirurgicales sont dans le même cas, parce qu'elles sont dues à des causes mécaniques qu'il n'est permis à personne de méconnaître. Un corps étranger, une plaie, un déplacement organique, sont des altérations sensibles que les esprits les plus réfractaires à la vérité ne parviennent pas à dissimuler; aussi l'histoire de la chirurgie nous montre-t-elle cette science dans un état de progrès constant.

Long-temps délaissée pour de vaines hypothèses, elle a repris le rang et l'importance dus à tout ce qui est vrai et utile, et sert aujourd'hui de guide et de modèle à d'autres branches de l'art de guérir.

Si la médecine a fait moins de progrès, et n'est pas encore sortie des obscurités qui la condamnent à rester le plus souvent conjecturale, c'est qu'elle n'est pas arrivée, comme la chirurgie, à la connaissance des trois termes qui font la certitude de la puissance de notre science.

Ignorant la cause matérielle de la plupart des lésions dont elle s'occupe, elle n'est en état, ni d'en apprécier les modifications morbides, ni d'en discerner le traitement.

Cette obscurité a de tout temps livré la médecine aux théories de l'hypothèse. Tel médecin traite ses malades par des excitans, et ne voit partout que faiblesse; tel autre défend le système opposé, et jette l'anathème sur les stimulans, pour revenir aux moyens contraires. Ici la maladie est toujours dans les solides, là dans les liquides; on la proclame selon les temps, locale ou générale : l'un purge, l'autre saigne, et les meilleurs esprits se débattent dans ces ténèbres,

et semblent s'épuiser en stériles efforts pour les dissiper. La médecine doit-elle se soumettre à vivre de doutes et d'incertitudes, ou possède-t-elle les moyens de parvenir à des notions plus exactes et plus précises?

Aucun phénomène, malgré ses complications, ne nous paraît au-dessus des forces de l'humanité, et les difficultés médicales céderont elles-mêmes à une méthode rationnelle et à de persévérantes investigations. Cette méthode était celle d'Hippocrate : elle a été reprise et développée par Bacon, et elle domine véritablement les travaux de notre époque, nonobstant les tiraillemens, l'opposition, et l'inintelligence des esprits faux, passionnés ou ignorans.

On ne connaît pas le plus ordinairement, avons-nous dit, les causes immédiates des maladies. Seraient-elles, comme en chirurgie, de nature purement mécanique? Cela est possible; mais nous n'en possédons pas la preuve. Boerhaave avait attribué les maladies à des engorgemens des vaisseaux capillaires. Les recherches les plus récentes des pathologistes, de Kalterbrunner, de Dubois (d'Amiens), nous ramènent à ces idées, à l'appui desquelles on pourrait faire valoir de nombreuses considérations théoriques et expérimentales.

Mais supposons la cause matérielle des affections internes complétement inconnue; en doit-il résulter une impuissance absolue d'en découvrir l'expression fonctionnelle et les moyens de traitement? nous ne le pensons pas.

Les maladies sont simples ou compliquées.

Simples, si elles dépendent d'une lésion unique ou de même nature.

Compliquées, si plusieurs lésions existent simultanément.

L'observation permet de découvrir aisément ces différences.

Les cas simples pourront être ramenés à certaines modifications identiques, constantes, et par conséquent reconnaissables; les cas composés offriront, au contraire, des groupes de symptômes variables.

Ainsi, une pneumonie se trouvera unie à une pleurésie, ou à un typhus, ou à une méningite, et comme l'expérience aura signalé le groupe des symptômes propres à chacune de ces affections isolées et distinctes, ce seront autant d'unités appréciables, malgré leur apparente complexité.

On est arrivé, par ce procédé analytique, à décomposer les groupes morbides : mais où faut-il s'arrêter dans un pareil travail ? C'est une question à examiner.

Prenons pour exemple une fièvre éruptive : la cause en reste inconnue, et nous en apercevons à peine quelques-unes des conditions.

Cependant l'observation nous montre des symptômes précurseurs, puis l'éruption elle-même, et le décroissement et la disparition des phénomènes morbides, suivis du retour à la santé.

Sans doute la science serait plus complète si la cause de la maladie était révélée; mais, à défaut de cette importante notion, le problème reste entier, et peut être également résolu. La connaissance de la cause de la variole n'aurait certainement pas inspiré à Jenner la découverte du virus vaccin; et s'il existe souvent des rapports saisissables et rationnels entre le mal et le remède, plus fréquemment encore on n'en aperçoit aucun, et le hasard et l'empirisme sont nos meilleurs conseillers. Comment *à priori*, et par la seule cause de la maladie, aurait-on trouvé dans le quinquina l'agent curatif le plus actif des fièvres intermittentes. Comment soupçonner les propriétés de l'émétique, de l'opium, de la plupart des

autres substances médicamenteuses ou toniques. Évidemment l'expérience et l'analogie ont dû être nos seuls guides.

Dans les cas de cette nature, la connaissance des moyens de traitement ne suppose pas celle de la cause pathologique, et on guérit très sûrement un homme atteint d'une intermittente pernicieuse sans avoir la moindre notion de la modification organique déterminant l'intermittence.

Il en sera de même des fièvres éruptives précédemment citées.

Toutes les indications fondées sur la connaissance des propriétés contraires, ou sur un pur mécanisme, seront aisément saisies : ainsi la pléthore sera diminuée par la saignée. A la soif et à la sécheresse, on remédiera par des boissons et des bains ; à l'excès de la chaleur, par le froid ; on ouvrira les pustules varioliques pour faire cesser une compression douloureuse : mais comment soupçonner la vertu de l'onguent mercuriel pour empêcher le développement et la suppuration de ces mêmes pustules ? comment deviner dans la belladone un spécifique contre la scarlatine, si l'expérience en confirme l'efficacité ? Là manqueront les rapports rationnels, et il faudra profiter des révélations du hasard ou d'une ingénieuse analogie. La connaissance de la cause morbide en soi n'est donc pas indispensable au traitement, et, chose remarquable, les maladies dont le traitement offre le plus de certitude dépendent toutes d'une cause complétement inconnue, comme la variole, les fièvres intermittentes et la syphilis. Ces faits ne laissent aucun doute, et sur la possibilité de guérir les affections dont la nature intime nous a complétement échappé, et s'il y a de nouvelles lumières à acquérir, notre ignorance sur ce point n'empêche nullement la médecine de parvenir à poser d'une manière assez précise les indications thérapeutiques.

Ainsi, malgré l'élimination de l'un des trois termes de la maladie, les symptômes et les moyens curatifs suffisent encore à fonder la science médicale; mais il convient d'en signaler les difficultés, et de montrer les moyens de les surmonter.

Choisissons une maladie pour mieux faire comprendre la manière de l'étudier et de la guérir.

La pneumonie offre un groupe de phénomènes morbides distincts. L'observation les a signalés, et elle tend à en mieux préciser chaque jour les caractères; toutes les causes en ont été étudiées pour en prévenir, diminuer ou combattre les effets.

On a décrit avec les plus grands détails les altérations du poumon, on les a liées à leur symptomatologie, et ces connaissances sont parvenues à un haut degré de perfection.

Les cas où la mort est inévitable, ceux où le retour à la santé est possible, sont également indiqués. Reste donc la question du traitement, et elle va nous montrer tous les obstacles devant lesquels beaucoup de courages s'épuisent ou faiblissent.

Si la pneumonie constituait une lésion identique et invariable, le remède curatif serait également constant, et une fois trouvé, il s'appliquerait dans tous les cas avec le même bonheur.

Mais il ne saurait en être ainsi dans les corps vivans dont l'état est une variation incessante. Depuis la naissance jusqu'à la mort, l'être change et se modifie à chaque instant de sa vie, et la maladie ne pourrait présenter une fixité supérieure à celle de l'organe lui-même.

Outre l'influence des âges, l'état constitutionnel, soit congénital, soit acquis, les complications et les conditions dé-

terminantes de la maladie, sont autant de circonstances capables d'en modifier la nature.

Des indications fort différentes en sont donc la conséquence forcée.

Aussi le remède le plus utile dans un cas, peut-il devenir mortel ou excessivement dangereux dans un autre, et une extrême rigueur dans l'appréciation des phénomènes devient-elle indispensable.

Le véritable problème médical consiste donc à préciser avec assez d'exactitude les divers états morbides, pour suffire aux indications thérapeutiques. Dans ce but, il faut, sans doute, multiplier les variétés de la maladie et en faire autant d'entités exigeant chacune un traitement particulier. Un double écueil en résulte : se perdre dans des subdivisions infinies, ou se borner à un trop petit nombre de différences. Le meilleur guide entre ces deux périls est l'expérience; mais comme elle ne peut appartenir à un seul homme, incapable, par la brièveté de sa vie, d'aborder tous les sujets, il faut mieux pécher par excès que par défaut de détails, et des monographies bien faites doivent permettre d'étudier chaque affection dans ses développemens les plus étendus et les plus complets.

On comprend qu'il arrive un moment où ces travaux particuliers ont besoin d'être reliés entre eux pour constituer le corps de la science; et alors il se rencontre un homme d'un esprit éminent, également supérieur dans la théorie et dans la pratique, qui entreprend de réunir, sous forme d'aphorismes, ou dans des résumés spéciaux, les principales vérités dues aux laborieuses recherches de ses devanciers et à ses propres investigations.

Tel nous paraît avoir été le rôle d'Hippocrate, dont tous

les écrits indiquent un état très avancé de la science.

Hippocrate résuma toutes les connaissances médicales positives de son époque, et en s'attribuant cette œuvre d'éclectisme, il eut soin de la poser sur la seule base de la certitude humaine, l'observation expérimentale.

Voyez aussi quelle en fut la grande et éclatante destinée !

Pendant des siècles, les écoles n'eurent pas d'autres lois; et aujourd'hui, où toute règle et toute dépendance ont été brisées, nous nous inclinons encore devant la profondeur de ses remarques et la justesse de ses préceptes.

Hippocrate n'avait pas méconnu l'ordre invariable des phénomènes naturels, et il avait étudié l'organisation humaine dans ses rapports avec les influences extérieures à l'état de santé ou de maladie. Les trois termes de l'investigation médicale, dont nous avons signalé l'importance, ont été développés dans les écrits de ce grand homme avec la plus savante autorité.

En premier lieu, il recherche les causes ou les conditions propres à modifier la constitution humaine et à faire connaître la nature et le caractère prédominant des maladies.

Les traités de l'air et des eaux, de la nourriture, des vêtemens et des exercices, ont été composés dans ce but.

Viennent ensuite les descriptions si précises des caractères morbides, et en troisième lieu, les indications thérapeutiques, soit chirurgicales, soit médicales.

Ce sont là des travaux d'une valeur éternelle, parce qu'ils reposent sur des faits invariables comme l'humanité elle-même, et là où les conditions ont changé, et où les mêmes tableaux ne se représentent plus, existent des sources abondantes de renseignemens précieux pour l'histoire.

Des esprits éminens ont en tout temps adopté l'expérience

pour flambeau. Les chirurgiens, particulièrement, ne l'ont jamais entièrement abandonnée : mais combien de luttes ils ont eues à soutenir contre les fantômes et les vains songes de la crédulité et de l'erreur; quel amas de doctrines et d'hypothèses ensevelies dans le plus humiliant oubli après avoir un instant brillé d'une fausse clarté. Cependant tant d'exemples restent souvent sans fruit contre les tendances qui entraînent les hommes à préférer le champ infini et facile des idées spéculatives au terrain borné et aride de l'observation. La paresse elle-même, si ingénieuse dans ses excuses, ne vient-elle pas continuellement en aide à ce malheureux défaut. Écoutez autour de vous, les mille discussions oiseuses élevées sur les faits qu'il serait si facile de constater. Ici, c'est une Académie qui se perd en argumens de toutes sortes, pour expliquer comment un corps introduit dans un vase rempli d'eau ne la fait pas déborder. Là, le même assaut de controverse se renouvelle à propos d'un enfant venu au monde avec une dent d'or. On compte des vainqueurs et des vaincus, des raisonnemens foudroyans ou détestables, et après de si beaux discours et tant de temps dépensé, un des moins éloquens se décide à examiner directement le fait, et en reconnaît la fausseté. N'eût-il pas été plus court de commencer par où l'on finit. Mais ces histoires seront celles de tous les temps, parce qu'il est plus doux et plus aisé de discourir et de déraisonner avec plus ou moins de facilité, que de recourir à l'observation. Aussi les vrais poursuivans de la science doivent-ils vivre dans une perpétuelle suspicion d'eux-mêmes, pour ne pas tomber dans les mêmes fautes.

Un autre entraînement à éviter est de vouloir ramener à des généralisations erronées des phénomènes qui ne les

comportent pas. Il serait beau, sans doute, de découvrir la loi des modifications de l'organisation humaine, mais le seul moyen d'arriver à la réalisation de ce rêve sublime est d'étudier chaque fait en particulier, et de ne pas se hâter d'en méconnaître la portée et les caractères en l'érigeant trop tôt en principe. Cette méthode est pénible, et souvent ingrate; car elle n'excite pas l'admiration des masses, et ne burine pas de noms parmi ceux des inventeurs des systèmes médicaux; mais elle l'emporte sur toute autre par l'utilité et la grandeur de ses résultats.

Notre époque est conduite dans cette voie par les esprits d'élite qui la dirigent, et jamais peut-être on ne s'est plus occupé de soumettre les faits à l'analyse expérimentale. On a repoussé les systèmes dont l'apparente simplicité favorisait l'ignorance, et nuisait aux progrès par des principes trop absolus et trop exclusifs.

On s'est livré aux recherches les plus minutieuses; et l'école de Paris, à laquelle nous continuons à nous associer, marche en tête de ce mouvement et en augmente chaque jour l'impulsion par ses remarquables travaux.

N'oublions pas, toutefois, que l'expérience elle-même est trompeuse, *experientia fallax*, et sachons en signaler les erreurs.

L'histoire nous offre des enseignemens profonds et variés qu'il serait insensé de négliger. Annihiler les œuvres de ses devanciers, et croire que la vérité nous a attendus pour se révéler, est une prétention vaine et ridicule.

La science ne surgit pas subitement; elle a une marche plus ou moins rapide, mais en tout se lie et se succède; et celui qui méconnaît ses transitions, subit malgré lui, mais

sans les apprécier, l'influence des époques antérieures, et en reflète involontairement les idées.

L'humanité roule dans un orbite dont elle agrandit incessamment le diamètre, mais à la condition de connaître les voies déjà parcourues, sous peine de tourner toujours sur elle-même, et de dépenser inutilement son activité.

L'histoire est donc un des élémens de la connaissance, et personne n'en conteste les avantages, depuis que la pensée indépendante sait appliquer au passé les principes de libre examen qu'elle a conquis.

Quelles que soient l'ancienneté et l'autorité des opinions, elles restent soumises aux jugemens de tous : mais combien il faut de précautions et de soins pour les marquer du sceau de la vérité !

Un simple coup-d'œil sur des faits dont nous sommes journellement témoins, nous instruira mieux que les meilleures règles.

Vous voulez savoir si une opération réussit : les recueils scientifiques ne vous signalent que des succès. Cependant il vient un temps, souvent très prochain, où la même opération est abandonnée comme dangereuse et funeste. La contradiction est flagrante, et vous vous en rendriez difficilement compte, si vous ignoriez les habitudes de la presse.

Chaque médecin, fort empressé de proclamer les faits heureux de sa pratique, se montre beaucoup moins diligent, ou se condamne même au silence, dès qu'il s'agit des revers ; et on ne remédiera à ce danger qu'en ordonnant la publication officielle des statistiques médicales de tous les hôpitaux de la France.

Cette mesure, d'une haute utilité, offrira une assez grande masse de résultats pour corriger les erreurs involontaires

même celles de la mauvaise foi et de l'amour-propre. Combien de fois n'ai-je pas vu la mort des malades attribuée à des causes imaginaires, afin de sauver la responsabilité des opérateurs. Là, c'est un calculeux mourant d'une ouverture du péritoine, et que l'on fait succomber à une altération de la vessie restée parfaitement saine ; ici c'est un enfant enlevé à la suite d'une opération de taille, bien qu'il n'ait jamais eu la pierre.

Les cahiers porteront : hernie étranglée, opération, mort ; et le sujet aura eu une simple inflammation du cordon testiculaire.

On a cité l'exemple d'un chirurgien qui, voulant étudier quelques-unes des particularités de la syphilis dans son hôpital, où cette maladie n'était pas traitée, affligeait tous ses vénériens d'une cataracte, pour ne pas sortir de la légalité administrative. Des fractures du col du fémur ont été guéries avec d'autant moins de raccourcissement, qu'il s'agissait d'une simple contusion ! Que de luxations de même genre, que de sarcocèles créés tout exprès pour dissimuler un faux diagnostic et motiver l'ablation d'un testicule ! Telle est l'histoire de la pratique ; elle est incomplète et même erronée, si vous l'étudiez d'une manière limitée et restreinte. Mais comparez les statistiques de tous les hôpitaux réunis, et bientôt les fautes individuelles disparaîtront dans le nombre et l'ensemble des documens obtenus.

On saura quelle est la mortalité proportionnelle des différentes maladies, et certaines personnes ne s'imagineront pas rester dans le droit commun, en convertissant leurs hôpitaux en véritables nécropoles. Les convictions de quelques hommes de l'art vont si loin à cet égard, que tout confrère annonçant des résultats heureux est immédiatement taxé

de mensonge, et que tout chirurgien véridique doit nécessairement perdre les trois cinquièmes, au moins, de ses opérés.

De pareilles observations ont besoin d'être réfutées dans l'intérêt de l'humanité, et il faut que les causes de certaines mortalités exceptionnelles soient rendues évidentes et rigoureusement prévenues. Les établissemens hospitaliers ne sauraient être une amère déception offerte, au nom de la philanthropie, à la douleur et à la misère.

Une première condition est d'y introduire les règles les plus élémentaires de l'hygiène. Comment les malades recouvreraient-ils leur santé dans des salles où le défaut et la viciation de l'air altéreraient les constitutions les plus robustes? Comment reprendraient-ils leur énergie et leurs forces si les alimens sont insuffisans? L'air, la nourriture, la lumière, la température, la propreté, le couvert, l'exercice du corps et de l'intelligence, sont les conditions premières de la vie, et par conséquent de la guérison; et la science n'est-elle pas nécessairement vaincue quand on détruit d'avance ses bienfaits par les obstacles de toutes sortes dont on l'entoure!

Ces sombres aspects de l'humanité méritent d'exciter toute la sollicitude médicale, et l'esprit de charité et d'amélioration, qui se révèle par tant de sacrifices et de dévoûment, montre que les efforts sont proportionnés à la grandeur de l'entreprise.

Un jour viendra où tous les hôpitaux, jouissant d'une égale salubrité, laisseront un libre champ aux bienfaits de notre science, et permettront d'en apprécier les résultats, dégagés des tristes influences qui les obscurcissent et les altèrent encore quelquefois.

Il ne suffit pas d'être en garde contre les traditions et les

faiblesses de la théorie et de la pratique : les instrumens et le sujet de l'expérience sont donc l'occasion d'une foule d'erreurs ; il faut encore nous défendre contre nos propres impressions.

Les faits les plus manifestement faux ont toujours trouvé des témoins dont la bonne foi ne saurait être suspectée. J'ai vu nombre de médecins décrire des symptômes et des altérations pathologiques qu'ils étaient seuls à apercevoir.

D'autres s'abusent au point de considérer comme guéris tous les malades soumis à certains traitemens dont ils font une panacée universelle, et ni les accidens, ni la mort elle-même, ne parviennent à ébranler un instant leurs convictions.

Un autre ordre de déceptions a sa source dans notre facilité généralisatrice. On rencontre parfois fréquemment, pendant des années entières, des faits notés comme fort rares par nos devanciers, et, dans d'autres cas, on ne retrouve pas ceux qui sont signalés comme très communs.

Ce sont là des séries fortuites d'observations dont on tirerait des conclusions mal fondées contre les opinions établies. Une expérience plus suivie et plus complète démontre qu'on est momentanément tombé sur des cas exceptionnels, et on est obligé de se rétracter si on a voulu les ériger prématurément en lois.

Nous nous sommes borné à rappeler quelques-unes des causes qui rendent l'expérience elle-même trompeuse. Une curieuse étude consisterait à appliquer ces considérations aux erreurs de la chirurgie. Ce serait, comme pour toute autre science, un résumé des aberrations de l'esprit humain.

L'observateur, le sujet de l'observation, et les conditions dans lesquelles on opère, seront toujours la triple origine

d'innombrables illusions ; mais en multipliant l'expérience, en la variant, en la soumettant à une analyse sévère et à une juste rigueur d'appréciation, on parviendra au degré de certitude qu'il nous est donné de posséder.

Nous avons indiqué la doctrine et la méthode qui conduiront à tous les progrès.

Un mot encore sur la confusion que l'on a cherché à introduire entre la science et l'art.

Si la médecine n'était qu'un art, comme on l'a soutenu, il faudrait désespérer de l'avenir.

Écartons de subtiles distinctions, et disons que la science est la connaissance des faits et des principes dont l'art n'est que l'application, l'étude de l'homme à l'état de santé et de maladie, comprenant par conséquent l'anatomie normale et pathologique. La physiologie, l'hygiène, la pathologie et la thérapeutique, constituent la science, que l'on peut étudier et connaître sans entrer dans le domaine de l'art. Ce dernier commence au moment où l'on applique les notions précédemment acquises, et diffère de la science, comme le précepte, de l'exécution.

Le médecin complet est celui qui allie la science et l'art, et fait surgir de cette double source de lumière les enseignemens les plus sûrs ; mais il peut également exister des hommes d'un immense savoir, et d'un génie élevé, qui se livrent exclusivement aux recherches de pure science : les beaux travaux de M. Dumas, sur la respiration et la colorification en sont un exemple.

Une foule d'œuvres remarquables conservent un caractère complétement scientifique, telles que le mémoire de MM. Andral et Gavarret sur le sang, les livres d'anatomie de MM. Roux, Marjolin, Velpeau et Blandin, de M. Cruveil-

hier sur l'anatomie pathologique, et tant d'œuvres originales entreprises dans la voie de l'observation, par mes anciens maîtres de l'École de Paris et mes savans collègues de la Faculté de Strasbourg.

L'art revendique, de son côté, la sûreté du diagnostic, l'habileté opératoire et la sagacité thérapeutique.

L'art est souvent appuyé sur une assez faible dose de science, et, par contre, de très érudits médecins pourraient être de détestables artistes.

Nous n'avons pas, on le voit, la pensée de méconnaître les nobles services de la pratique. Sans elle la science ne viendrait plus répandre sur l'humanité ses consolations et ses bienfaits, et nous devrions adopter l'ancienue exergue de l'Académie de chirurgie, *doctrinâ manuque*. Nous rendre utiles par l'art, pendant notre vie, et par la science, après notre mort, doit donc être le plus constant et le plus honorable de nos vœux.

La carrière est ouverte, le chemin tracé, les obstacles connus, une foule d'explorateurs y sont engagés, et ils s'arment chaque jour de nouvelles découvertes, pour arracher à la nature les secrets qu'elle réserve à la persévérance et au travail.

Nous avons admiré avec vous le magnifique édifice élevé par Hippocrate à la gloire de la médecine.

Si le génie de l'observation a été capable de créer, il y a quarante siècles, un si admirable monument, nous ne saurions avoir une moindre opinion de notre temps.

L'antiquité n'avait pour guides ni l'anatomie normale ni l'anatomie pathologique : la physique était encore rudimentaire, la chimie n'existait pas, tandis qu'aujourd'hui toutes ce ciences nous prêtent leur concours et leurs lumières.

C'est à nous d'user de si grandes ressources, pour produire à notre tour une œuvre médicale aussi supérieure à celle de l'antiquité, que le sont déjà nos moyens d'investigation. La méthode est la même, mais elle dispose d'instrumens plus nombreux et plus parfaits. Qu'une société d'hommes savans et consciencieux, mûris par la réflexion et la pratique, entreprennent d'un commun accord, et dans une suite de traités particuliers, l'exposition dogmatique et complète de toutes les connaissances médicales actuelles, sans sortir des limites rigoureuses de l'expérience, un grand fait sera accompli; et si, par un de ces cataclysmes qui ont eu lieu à d'autres époques, la science venait à être arrêtée pendant des siècles, et qu'après un long intervalle de barbarie et de destruction on retrouve les livres d'Hippocrate et l'encyclopédie que nous supposons, les générations s'inclineraient devant nos travaux, et les attribueraient à un génie plus puissant encore que celui de l'immortel vieillard.

Mais nous sommes encore loin de posséder la somme de connaissances que nous pouvons légitimement ambitionner: les sciences naturelles n'ont pas dit leur dernier mot en médecine, et de vastes horizons, des certitudes inespérées, des résultats inconnus, restent à explorer et à découvrir.

Nous vous avons exposé, Messieurs, une doctrine et une méthode; nous en avons signalé le but, les moyens et les difficultés: nous chercherons, dans notre enseignement, à joindre l'exemple au précepte, et chaque fait particulier nous fournira l'occasion d'appliquer les principes généraux que nous avons voulu vous rappeler.

ACCOUCHEMENT A TERME.

Mauvaise conformation du bassin. — Céphalotomie. — Persistance de la vie chez l'enfant pendant plus d'une heure après son extraction hors des organes de la mère, malgré l'issue d'une grande partie de la masse encéphalique. — Guérison de la mère.

Par M. le docteur Edouard Laborie chef de Clinique de la Faculté.

On sait, à Paris, et dans les hôpitaux surtout, quelle est la suite inévitable de l'opération césarienne. Quand on la pratique, c'est faire, presque avec certitude, le sacrifice de la femme pour sauver un enfant dont jamais on ne doit mettre l'existence en balance avec celle de la mère. Aussi, quelque douloureuse que soit pour l'accoucheur la nécessité de pratiquer la céphalotomie, il doit puiser dans sa conscience assez de courage et d'énergie pour recourir à cette opération aussitôt qu'il a acquis la conviction que l'accouchement est impossible; car tout retard, sans servir en aucune façon à donner quelque chance de salut à l'enfant, devient préjudiciable à la mère, qui peut elle-même succomber à la suite d'un travail trop long-temps et bien inutilement prolongé.

Deux faits se sont récemment présentés à la Clinique, réclamant impérieusement l'emploi de la céphalotomie.

M. le docteur Danyau, qui remplace M. le professeur P. Dubois par intérim, après avoir reconnu la mauvaise conformation du bassin, n'a pas hésité, et à la prompte détermination qu'il a prise, les deux pauvres femmes ont dû leur salut.

La première observation n'a rien offert de spécial; la perforation du crâne a été pratiquée avec les ciseaux de Smellie, et l'extraction du produit a été faite à l'aide du céphalotribe. La malade qui ne présentait que 2 pouces 9 à

10 lignes au diamètre sacro-pubien du détroit supérieur, a eu les suites de couches les plus heureuses. Elle a quitté maintenant l'hôpital. Quant à la deuxième observation, elle nous a offert une circonstance malheureuse, qui nous paraît porter avec elle des enseignemens que nous ne devons pas négliger. C'est là ce qui nous engage à la publier.

OBSERVATION. — La femme M***, âgée de dix-huit ans, s'est présentée le 2 septembre 1844 à l'hôpital des Cliniques, dans le service des accouchemens.

Cette malade nous a donné sur ses antécédens les détails qui suivent :

Elle est issue de parens sains, qui vivent encore ; sa mère a eu six enfans : un seul est mort.

Les frères et sœurs de la malade ont une bonne constitution, et ne présentent aucun vice de conformation apparent. Le plus jeune a onze ans et demi.

Quant à notre malade, son enfance fut pénible. Sans rien préciser, elle nous dit que, jusqu'à l'âge de sept ans, elle souffrit constamment de l'estomac, du ventre et de la tête ; elle n'eut jamais ni affections boutonneuses suppurantes, ni abcès dans aucune partie du corps. Ce qui nous frappe surtout dans son histoire, c'est que, jusqu'à l'âge de trois ans, la marche fut complétement impossible ; ce ne fut qu'à cette époque qu'elle commença à pouvoir se soutenir un peu sur les jambes, et à sept ans seulement elle put marcher facilement. Les jambes étaient tordues, nouées, comme on le dit vulgairement. On dirigea contre cette constitution mauvaise plusieurs traitemens, et l'on eut même recours à l'usage de mécaniques pour redresser les jambes. La santé se rétablit, et resta bonne seulement lorsque la malade eut atteint sa quatorzième année.

A dix-sept ans apparurent les règles, qui s'établirent sans crise, et dès-lors elles vinrent régulièrement chaque mois; elles étaient peu abondantes; le sang perdu était riche; la malade assure qu'elle pouvait se livrer sans fatigue à toute espèce d'exercice.

En 1843, au mois de juillet, elle eut pour la première fois des rapports avec le père de son enfant. Rien de particulier à noter sur ce fait.

Les règles parurent pour la dernière fois le 24 novembre 1843. Toutes les phases de la grossesse se succédèrent sans jeter aucun trouble dans les fonctions.

Le 2 septembre, au matin, apparurent les premières douleurs de l'enfantement; elles devinrent de plus en plus rapprochées, et à trois heures de l'après-midi la malade se présenta à la Clinique. On la reçut dans le service, et ce ne fut qu'à six heures qu'elle fut transportée dans la salle des accouchemens.

Les douleurs se succédèrent avec une rapidité et une énergie extrêmes. A huit heures du soir, les membranes se rompirent, *et il s'écoula une grande quantité d'eau.* On n'avait pas, jusqu'alors, soupçonné de vice de conformation.

Toute la nuit les contractions se suivirent sans relâche, et le matin, à l'heure de la visite, le col était dilaté dans l'étendue de 2 pouces et demi environ. Dans l'intervalle des contractions, il était très souple. La tête se présentait en occipito iliaque gauche antérieure; elle était maintenue au détroit supérieur. C'est alors que nous vîmes la malade pour la première fois. Nous avons remarqué immédiatement l'extrême saillie que faisait l'utérus en avant, ce qui peut par avance, dans un grand nombre de cas, faire préjuger un rétrécissement du bassin.

L'aspect de la malade était le suivant : la face était pâle, fatiguée par la longueur du travail ; le ventre, horriblement douloureux dans toute la région utérine, ne pouvait supporter la moindre pression. Le volume de la tête nous a offert les dimensions suivantes :

Diamètre bi-pariétal. . .	0,145 millim.	(5 pouces 6 lignes).
occipito-frontal. .	0,175 millim.	(6 pouces 6 lignes).
occipito-mentonnier	0,187 millim.	(7 pouces).

Le tronc nous a paru d'une longueur normale; mais les membres sont courts, et cette particularité mérite d'être notée ; car, pour M. Dubois, une déformation du tronc siégeant sur la colonne vertébrale, à quelque degré que ce soit, ne coïncide le plus souvent pas avec la déformation du bassin, tandis que celle-ci est presque constante quand les membres sont courts. Voici, du reste, les mesures que nous avons prises.

Longueur totale du corps.	1m., 40 cent.
Du sommet du sternum à la symphyse pubienne	0m., 515 mill.
Id. . . . . à l'ombilic	0m., 36 cent.
Du grand trochanter à la plante des pieds	0m., 68 cent.
Id. . . . . à la tête du péroné	0m., 375 mill.
Longueur totale du membre thoracique. . . .	0m., 61 cent.
De la voûte acromiale à l'épicondyle. . . .	0m., 26 cent.
De l'épicondyle à l'apophyse styloïde du radius. .	0m., 22 cent.

Les membres sont forts, le système musculaire est fortement dessiné ; nous trouvons seulement une incurvation médiocrement prononcée en avant et en dehors du tibia gauche.

La partie supérieure du bassin est bien évasée. En touchant la malade, on arrive facilement à l'angle sacro-vertébral. M. Danyau trouve, pour le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, par la mensuration à l'aide du

doigt, 3 pouces 2 lignes, ce qui, déduction faite, donne pour mesure 2 pouces 7 à 8 lignes; néanmoins ce chirurgien fut d'avis de tenter une application du forceps, que je fis immédiatement.

La première branche s'appliqua facilement; quant à la seconde, elle fut plus difficile. Le col se resserrait et gênait l'introduction de la branche droite; elle put cependant être placée. L'articulation des branches offrit de la difficulté, ce qui fit craindre une déformation au détroit inférieur.

Après plusieurs tentatives faites avec modération, les deux branches furent en rapport. Successivement, M. Danyau et moi, nous fîmes des tractions énergiques, et malgré nos efforts, la tête ne s'engagea pas; elle ne subissait aucun déplacement. Après une demi-heure, M. Danyau fit cesser les tractions: le forceps fut retiré, et la femme, horriblement fatiguée, fut mise au bain. Il était environ neuf heures. Il fut convenu qu'à midi et demi on reverrait la malade.

Alors le travail n'avait pas fait de progrès, malgré de fortes contractions presque continuelles.

Je fis une nouvelle application du forceps, et après de vains et infructueux efforts, M. Danyau se décida à faire la perforation du crâne. On entendait malheureusement les battemens du cœur; seulement ils devenaient tumultueux.

L'épuisement progressif de la mère ne permettait pas un plus long retard, qui, du reste, n'aurait eu aucun but.

Le ciseau de Smellie fut porté sur le pariétal gauche, et pénétra profondément dans la cavité crânienne. Immédiatement après, une longue cannule de plomb, percée en arrosoir, fut introduite par la plaie du pariétal, et trois injections furent poussées avec force, et entraînèrent une grande quantité de la pulpe cérébrale: le forceps était resté en

place. Alors de nouvelles tractions furent faites, et en dix minutes la tête fut amenée dans l'excavation : son extraction fut facile.

L'enfant pesait 3,500 grammes, malgré la quantité de cervelle extraite. C'était un garçon fort, parfaitement constitué. La mère fut facilement délivrée, et depuis lors, à part une grande fatigue, et beaucoup de douleurs du côté des organes génitaux, l'état général a été très bon. Les suites de couches ont été très naturelles ; au troisième jour, la turgescence des seins s'est faite, et suivant toute probabilité la malade pourra quitter l'hôpital avant peu de jours (1).

Quant à l'enfant, une fois extrait, nous l'avons posé sur une crèche, et nous ne pouvons dire quel douloureux étonnement nous éprouvâmes lorsque quelques minutes après nous le vîmes faire quelques mouvemens et quelques inspirations.

La tête avait été aplatie par les extrémités du forceps, dont les branches avaient un peu glissé ; le pariétal droit était brisé dans son milieu verticalement, et les deux fragmens fortement maintenus en dedans. Des inspirations se montrèrent dans l'ordre suivant :

Trois survinrent à quatre minutes d'intervalle après la naissance ;

Une quatrième inspiration et une cinquième survinrent à une minute d'intervalle.

On voyait le cœur alors battre d'une manière sensible, puis pendant 12 minutes, des inspirations se succédèrent avec assez de régularité.

Après ce temps, elles devinrent plus rares ; les battemens

(1) Aujourd'hui, 12 septembre, la malade complétement rétablie quitte l'hôpital.

du cœur, irréguliers d'abord, cessèrent complétement une heure et quelques minutes après la naissance.

La peau, qui s'était un peu animée, malgré la perte du sang, devint pâle peu d'instans avant la complète cessation des mouvemens du cœur.

L'ombilic, quoique non lié, ne laissa pas couler de sang.

Nous avons remarqué des mouvemens assez fréquens des membres abdominaux : ils se contractaient lorsqu'on les touchait ; les membres supérieurs, au contraire, restaient inertes.

Autopsie le lendemain, 20 *heures après la naissance.*

ASPECT DU CADAVRE. — Pâleur générale de toute la peau. Les membres pelviens présentent une contracture très prononcée ; les cuisses sont maintenues fléchies sur le ventre, les jambes sur la cuisse, et le pied sur la jambe ; les membres pelviens présentent à peine de la raideur.

CRANE. — Une éclat quadrilatère ayant environ un pouce de diamètre a été détaché du pariétal gauche au point où a pénétré le perce-crâne.

Le pariétal droit est fracturé verticalement dans toute son étendue, et les bords de cette division sont refoulés en dedans, et pressent sur l'hémisphère cérébrale.

CAVITÉ CRANIENNE. — Épanchement considérable de sang dans la cavité crânienne, surtout sur la tente du cervelet. Tout l'*hémisphère gauche* est enlevé, il ne reste que le plancher ventriculaire de ce côté, et encore voit-on en ce point des déchirures. L'*hémisphère droit* est conservé presque tout entier ; mais, par place, il est réduit en bouillie ; on trouve en plusieurs points dans son épaisseur du sang épanché.

Le *cervelet* et la *protubérance* n'offrent rien à noter, si ce n'est, à leur surface, un épanchement de sang coagulé.

CAVITÉ THORACIQUE. — *Docimasie pulmonaire.* Au premier aspect on voit que la respiration s'est effectuée dans toute l'étendue des poumons. En les enlevant avec le cœur, et en les plongeant ainsi dans un vase plein d'eau, ils surnagent; incisés sous l'eau, ils laissent échapper de nombreuses bulles d'air. Quand on les presse, on voit sortir par les incisions un liquide spermeux.

Le *cœur* contient peu de sang non coagulé.

CAVITÉ ABDOMINALE. — Le foie et la rate ne laissent pas couler de sang quand on les incise.

. . . .

Après la lecture de cette observation, on doit comprendre quelle est son importance, et, comme nous le disions, quels enseignemens peuvent en être déduits. Au point de vue physiologique d'abord, on sera frappé de cette persistance de la vie après la production d'altérations aussi graves du cerveau, et après l'expulsion par injections de tout un hémisphère.

Tout a été fait suivant les règles, et néanmoins nous avons eu le triste spectacle d'une mort que nous devions considérer comme positivement accomplie. — Levret, dans son *Traité sur les accouchemens laborieux*, rapporte en quelques lignes un fait qui a de l'analogie avec celui-là; mais, dans le cas qu'il cite, l'enfant n'avait pas perdu une partie du cerveau, on avait simplement perforé le crâne; le malheureux petit être put encore pousser quelques cris.

Dans notre observation, au contraire, ce qui s'est passé est au-dessus de toute prévision; on ne s'est pas borné à une perforation : nous avons détruit la substance cérébrale, et nous en avons extrait la moitié.

Nous devons mettre à profit cet événement : il nous en-

gage à donner le précepte d'extraire l'enfant après la perforation du crâne, à l'aide du céphalotribe, qui écrase la base du crâne, et ne laisse aucune chance d'amener un enfant vivant encore. — Si, dans ce cas, on n'a pas eu recours à cet instrument, c'est surtout parce qu'il est d'un usage peu commode. Sa courbure est mauvaise ; elle n'est pas assez prononcée quand on se trouve forcé de l'appliquer au détroit supérieur, ce qui est malheureusement le cas ordinaire ; il serait donc convenable de faire subir quelques modifications à cet instrument.

En outre, de cette première considération, on peut envisager notre observation au point de vue de la médecine légale.

Supposons, en effet, dans le cas présent, que des circonstances particulières, que l'on peut facilement imaginer, nécessitent l'examen juridique du produit. Dans quel embarras ne se trouvera pas le médecin légiste, lorsqu'il devra établir qu'il y a eu embryotomie, et non infanticide ?

Jetons, en effet, un coup-d'œil sur l'analyse de la nécropsie du fœtus : ne voyons-nous pas qu'on a pu constater tous les signes extérieurs de la viabilité. Quant aux signes internes, ils sont positifs, l'enfant a vécu.

La question se trouve donc limitée à ces termes : l'enfant parvenu à tout son développement, dans des conditions parfaites de viabilité, est-il vraiment mort-né, ou a-t-il succombé après avoir vécu de la vie extra-utérine ? Y a-t-il eu infanticide ou fœticide ?

Sans autre élément pour conclure, que le cadavre, qui est, en définitive, le corps du délit, la culpabilité n'est pas douteuse : il y a eu infanticide ; car jamais on ne pourra croire qu'un désordre aussi grave porté sur la tête du fœtus encore con-

tenu dans les organes de la mère, puisse permettre la persistance de la vie, persistance qui a laissé des traces tellement positives, que l'on ne peut en douter un seul instant.

La question, ici, dans laquelle pourrait se trouver compromis l'honneur d'un médecin que tout semblerait accabler, ne saurait être jugée sans recourir à l'examen des organes de la mère.

Nous terminons après avoir seulement fait entrevoir les considérations qui découlent de notre observation. Il nous a fallu la certitude que nous faisions une chose utile à nos confrères pour nous décider à publier ce fait, qui nous a péniblement impressionné. En indiquant un écueil aussi inattendu, nous mettons le médecin à même de l'éviter lorsqu'il se trouvera dans des circonstances analogues.

DU DÉBRIDEMENT DU TESTICULE

dans les cas d'orchite parenchymateuse ;

Par M. Vidal (de Cassis).

L'article de mon élève interne, M. Dumoulin, sur le débridement du testicule (1), a causé une certaine émotion dans le monde chirurgical. L'idée d'inciser un testicule a effrayé les esprits, et cela précisément à une époque où l'on débride tous les jours les doigts, la main, où la glande mammaire est traversée impunément pour aller à la recherche d'un abcès profond, et à une époque qui a vu naître sans sourciller la fameuse proposition du trépan appliqué au débridement du cerveau ! Et par qui la critique a-t-elle été inspirée ? Par des hommes qui trop souvent commettent de véritables cruautés chirurgicales !

(1) Voyez t. XI, page 174.

On a feint de croire que je portais le fer sur tous les testicules pour toutes les orchites. On m'a prêté ainsi une pratique que rien ne pourrait justifier. L'orchite ordinaire, qui n'est autre qu'une épididymite simple ou une vaginalite, guérit ordinairement *sans aucune espèce de médication*. Les émissions sanguines, les topiques actifs, la compression, ne modifient en rien sa marche. Ainsi l'épididymite simple peut ne pas être traitée. Il est bien entendu que je ne conseille pas de négliger l'hygiène.

L'orchite doit être traitée sérieusement quand éclatent des accidens : vomissemens, coliques, douleurs térébrantes ou tensives du côté du testicule, remontant vers la fosse iliaque et vers les lombes, descendant vers le membre inférieur correspondant ; insomnie, fièvre, etc. Ces accidens ne permettent plus la neutralité. Il faut intervenir : eh bien ! ici vous échouerez encore, c'est-à-dire vous n'entraverez en rien la marche des accidens avec les émissions sanguines, les topiques, et vous aggraverez le mal par la compression.

Il est de ces symptômes qui peuvent être observés sans qu'il y ait pour cela inflammation bien manifeste du parenchyme du testicule. Il y a alors, dans le plus grand nombre des cas, inflammation de l'épididyme et de la tunique vaginale ; il y a épididimyte avec hydrocèle suraiguë : alors une ponction qui ne va pas jusqu'au testicule, et qui ne fait que vider la tunique vaginale, abat quelquefois les accidens d'une manière assez rapide. Je fais fréquemment cette opération et, en cela, j'imite M. Velpeau.

Mais il est des cas où il faut agir plus profondément : c'est quand le mal est plus profond, c'est quand, au lieu d'une phlégmasie membraneuse, avec plus ou moins de retentis-

sément dans la glande, on a à traiter une inflammation parenchymateuse. En effet, dans certaines circonstances pathologiques encore difficiles à apprécier, et ordinairement chez les malades les plus jeunes de notre service (dix-neuf, vingt ans, rarement vingt-quatre ans) surviennent des inflammations qui envahissent le tissu propre du testicule, inflammation avec étranglement, et qui, si on les laisse marcher, ou, ce qui revient au même, si on les traite par les moyens jusqu'ici usités, font toujours cruellement souffrir et se terminent quelquefois par la perte du testicule; car sa substance est emportée par la suppuration. Ces cas sont rares; ils existent cependant, et tous ceux qui ont été à la tête d'un service chirurgical un peu important doivent les avoir observés. C'est pour dompter ces inflammations parenchymateuses du testicule, que je pratique le débridement de la tunique fibreuse de l'organe, comme on pratique le débridement des tissus fibreux de la main, pour faire cesser l'inflammation de cette partie ou la rendre moins comprométtante.

Ce traitement est donc *exceptionnel*, si on le considère comme traitement de l'orchite en général; il est toujours applicable, s'il s'agit de l'orchite parenchymateuse, qui, elle-même, est une orchite exceptionnelle.

Grâce à cette opération, pendant une année, je n'ai observé aucune suppuration du testicule et mes malades sont promptement soulagés, tandis qu'il n'en était pas de même avant l'adoption de cette méthode dans mon service.

Ce qu'il y a de remarquable, et ce qui peint admirablement, je ne dirai pas l'esprit, mais les sentimens d'un critique qui a prêté complaisamment sa plume à une petite passion, c'est qu'après s'être récrié sur l'excentricité du moyen, il en attribue l'invention à J.-L. Petit, qui n'en est

certainement pas coupable. Pour moi, ce serait là une découverte d'érudition qui me rassurerait complétement sur le sort de cette opération ; car, à l'abri d'un pareil nom, un procédé peut affronter bien des critiques.

On a demandé s'il ne serait pas plus convenable, avant de débrider, de saigner, d'appliquer des sangsues, d'épuiser enfin tout l'appareil des moyens antiphlogistiques et calmans. Non certes, car les saignées et les sangsues sont dans l'impossibilité de faire rétrograder une inflammation de parenchyme testiculaire. L'observation de M. Cullerier le prouvera ; les sangsues surtout appliquées sur le testicule même, pourraient hâter, non la résolution, mais la suppuration, c'est-à-dire qu'elles pourraient perdre un peu plus tôt le testicule. D'ailleurs, pour qu'elles aient une action quelconque, il faut les répéter, les appliquer en très grand nombre après les saignées. Or, tant d'émissions sanguines peuvent avoir des inconvéniens, tandis que le débridement n'en a aucun. D'ailleurs, croit-on que j'en sois venu, du premier coup, à l'incision du testicule, et que d'autres moyens n'aient pas été employés avant? M. Cullerier, qui est de ceux qui ont d'abord été un peu effrayés de ce moyen, mais qui a préféré s'informer au lieu de vociférer en fermant les yeux, M. Cullerier a eu à traiter un jeune homme en ville, qui était sous l'influence de tous les accidens de l'étranglement testiculaire. Les calmans, les saignées n'ont pu calmer ces accidens. Alors il en est venu à notre méthode, et après le débridement, tous les accidens ont disparu. M Cullerier est venu lire tous les détails de ce fait à la *Société de chirurgie*, qui a traité avec maturité et une grande impartialité la question qui se rattache à ce fait. Je publierai à la fin de cette note cette observation et les remarques des membres de la *Société de chirurgie*.

Ailleurs on a demandé ce que devenait le testicule?

Voici la réponse : 1° l'inflammation dont il était atteint passe à l'état de résolution ; 2° la plaie qui a été faite à la membrane fibreuse se confond avec la plaie de l'enveloppe séreuse, celle des autres enveloppes et celle de la peau : une seule cicatrice les réunit toutes; 3° cette cicatrice finit par devenir linéaire, le point d'adhérence du testicule avec les enveloppes est toujours plus faible ; 4° enfin le testicule recouvre son entière liberté, son volume ordinaire, sa consistance normale. Ceci a été constaté par M. Morel-Lavallée, M. Marchal (de Calvi), M. Rousseau et par tous les élèves qui suivent ma visite. J'offre de le faire constater par qui voudra s'en donner la peine, car j'avoue que je n'appartiens pas à cette classe de chirurgiens qui portent la modestie jusqu'à cacher leurs succès. D'ailleurs M. de Castelnau a déjà, dans le journal de M. Cazenave, établi les avantages de ce débridement par des faits et des raisonnemens qu'on n'a pas cherché à combattre, et le beau succès de M. Cullerier est pleinement confirmatif de tout ce que j'ai avancé.

Voici d'abord deux observations rédigées par M. Dumoulin ; on les ajoutera à celles déjà publiées par cet interne.

Obs. I. — Le nommé D..., âgé de vingt ans, entré à l'hôpital le 27 juin, couché au n° 12, salle 11, contracta, il y a deux ans, une blennorrhagie qui, après trois mois de durée, alors que l'écoulement n'était plus que très peu abondant et séreux, tomba dans les bourses du côté gauche. Cet accident eut probablement pour cause occasionnelle une très longue marche, car l'affection se développa dans la nuit même. Je ne saurais dire si ce fut l'épididyme ou le testicule gauche qui fut alors affecté, car aucun noyau d'induration ne révèle le siége primitif : la résolution a été complète ; cependant j'ai quelques raisons de croire que ce fut une épididy-

mite même assez légère, puisque des cataplasmes émolliens et un peu de repos en triomphèrent.

Aujourd'hui une véritable orchite, à droite, amène ce jeune homme à l'hôpital. Il eut une nouvelle blennorrhagie il y a un mois. Après avoir offert une marche aiguë, elle était à sa fin quand l'orchite arriva. Le malade présume s'être froissé les bourses en portant un fardeau. Dès le début, les douleurs furent assez vives, mais supportables; il y avait déjà six jours de durée, lors de l'entrée du malade, et l'on pouvait très bien constater l'inflammation du testicule : il formait une tumeur globuleuse, dure, offrant au moins le volume du testicule normal, et situé au-devant de l'épididyme, un peu engorgé mais faiblement; la peau du scrotum était déjà d'un rouge érysipélateux. La douleur devint de jour en jour plus vive, s'irradiant le long du cordon spermatique jusque dans les lombes, et aussi dans la cuisse correspondante, jusqu'au jarret. L'écoulement blennorrhagique est nul; seulement le malade accuse de la chaleur dans l'urèthre pendant l'émission des urines. — Cataplasmes sur la tumeur, petit lait, une portion d'alimens, repos au lit.

Le 30 juin, les douleurs étaient plus vives : la nuit, le malade ne peut dormir, tant étaient grandes les angoisses: nausées, vomissemens, coliques.

Le 1[er] juillet, M. Vidal incise la tumeur couche par couche, dans l'étendue d'un centimètre et demi environ. Il fut très facile de constater le débridement du périteste, et de voir à nu la substance du testicule. La tunique vaginale ne contenait pas une seule goutte de sérosité. Le soir, à quatre heures, je trouvai le malade dans un état très satisfaisant : plus de douleurs, toute réaction générale avait disparu. Il put dormir très tranquillement la nuit. Depuis lors la réso-

lution marcha franchement : il s'établit une union entre le testicule et les feuillets de la tunique vaginale au point du débridement, en sorte que le testicule adhérait aux parties situées au-devant de lui. C'est un fait sur lequel j'ai appelé l'attention dans le numéro du 18 mai de cette année. M. Vidal vient d'indiquer comment marche la résolution, et ce que devient la cicatrice qui unit le testicule à ses enveloppes : elle se relâche et peut même disparaître totalement, comme je l'ai observé chez le malade dont je viens de rapporter l'histoire.

Obs. II. — Le nommé B..., âgé de dix-neuf ans, couché au n° 2 de la salle 9, est entré à l'hôpital le 25 juillet. Il contracta une blennorrhagie il y a deux mois ; elle était à-peu-près guérie quand il se livra à des excès alcooliques le 20 juillet. Dans la nuit même, le testicule gauche devint malade ; il augmenta de volume jusqu'au 25, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, sans provoquer des douleurs bien vives ; mais à partir du 25, elles devinrent de plus en plus intenses.

Le 27, elles étaient insupportables : point de sommeil, pouls fébrile, soif vive, quelques nausées, mais pas de vomissemens ; coliques très vives dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant dans les reins du même côté. M. Vidal incise la tunique albuginée, et les accidens cédèrent aussi promptement que chez le premier malade. Rien depuis lors n'a entravé la résolution, la blennorrhagie a repris le caractère purulent depuis la cessation de l'orchite. Ce malade est encore à l'hôpital.

Obs. III. — Un jeune homme de 24 ans, d'un tempéra-

(1) Cette observation, rédigée avec le plus grand soin par M. Cullerier, a été analysée par M. Lenoir, secrétaire de la société de chirurgie. C'est cette analyse qu'on va lire.

ment lymphatique, et qui deux ans auparavant avait eu déjà une orchite à droite, fut pris, le 20 du mois dernier, à la suite d'une marche forcée, d'une orchite qui, cette fois, occupait le testicule gauche. Ce jeune homme portait depuis trois mois un écoulement uréthral peu douloureux. Traitée d'abord par les moyens simples usités en pareil cas, la maladie augmenta, et le 25, époque à laquelle M. Cullerier fut appelé, le testicule était volumineux, douloureux au toucher, exactement arrondi, et remontait jusqu'à l'anneau inguinal. Son cordon était fortement engorgé, et son canal déférent très dur. Il y avait de la fièvre. On prescrivit une saignée de bras, de trois palettes, des cataplasmes laudanisés et un purgatif. Malgré l'emploi de ces moyens, la douleur augmenta et se propagea le long du cordon, jusque dans le flanc, ce qui nécessita l'application de vingt-cinq sangues et des embrocations narcotiques sur les parties malades. Plus tard encore ces accidens s'aggravèrent, et il survint des vomissemens et du délire; nonobstant l'emploi d'une nouvelle saignée du bras, la douleur du testicule et du cordon devint extrême, et cependant on ne sentait aucune fluctuation dans la bourse de ce côté, et on ne voyait aucune transparence à la lumière. Ce fut dans cette circonstance que M. Cullerier se décida néanmoins à plonger la pointe d'une lancette dans la cavité vaginale: il n'en sortit que quelques gouttes de sérosité sanguinolente, et il n'y eut aucun soulagement. Alors il introduisit l'instrument dans l'épaisseur même de l'organe: une espèce de craquement lui fit connaître que la tunique albuginée était incisée. Il s'écoula environ deux petites cuillerées de sang. Le malade n'accusa que peu de douleur dans le moment même de l'incision.

Cette opération fut suivie, au bout de trois heures, d'une

amélioration notable des accidens locaux et généraux. Le malade put dormir la nuit suivante pendant quatre heures. Le testicule put être facilement examiné le lendemain matin, et fut trouvé moins dur et moins volumineux; il offrait seulement à l'endroit où il avait été incisé une petite saillie mollasse qui pouvait faire croire à de la fluctuation.

A dater de cette époque, la convalescence eut lieu, et la guérison fut complète dix-huit jours après l'invasion du premier accident.

M. Cullerier, tout en reconnaissant combien il a eu à se louer de la pratique qu'il a suivie, ne considère le débridement de la tunique albuginée du testicule que comme une méthode exceptionnelle dans le traitement de l'orchite blennorrhagique.

M. Chassaignac, considérant que beaucoup de productions accidentelles se développent à la suite d'épanchemens sanguins qui se font au sein de nos organes, redoute que l'incision d'un organe parenchymateux, comme le testicule, ne donne lieu à de pareils épanchemens, et par conséquent à des tumeurs de plus ou moins mauvaise nature.

M. Malgaigne n'admet pas cette théorie, qui, selon lui, n'est étayée d'aucun fait bien observé. Ce qui l'a frappé dans l'observation de M. Cullerier, c'est l'état de détresse dans lequel se trouvait son malade avant l'opération, et le bien-être instantané qui en a été la suite. Il demande quelle longueur a eu l'incision de la tunique albuginée.

M. Vidal trouve que l'objection faite par M. Chassaignac à l'incision du testicule est plus théorique que pratique. Si elle était fondée, il faudrait s'abstenir de toute incision sur le sein, sous peine de donner naissance à un produit morbide dans cette glande.

Pour lui, il a déjà fait quinze fois avec succès l'opération qu'il a proposée le premier. En la faisant, il avait pour but de prévenir la suppuration du testicule et de calmer la douleur atroce qui l'accompagne, de quelques autres accidens de l'étranglement de la substance du testicule par son enveloppe fibreuse. Il approuve, il a déjà conseillé la restriction faite par M. Cullerier à l'application du débridement dans le traitement de l'orchite. Il admet trois variétés distinctes de cette maladie, qui chacune ont un siége spécial : une première variété comprend l'inflammation aiguë de la tunique vaginale, c'est la *vaginalite ;* une seconde comprend l'inflammation de l'épididyme ou l'*épididimyte* ; une troisième enfin comprend l'inflammation de la substance même de la glande : il nomme celle-ci *orchite parenchymateuse*. Les deux premières variétés exigent rarement un traitement actif ; une hygiène bien dirigée suffit, dans la majorité des cas, pour en faire justice. Il n'en est pas de même de la troisième variété ; il n'y avait jusqu'ici qu'un seul traitement chirurgical de cette espèce d'orchite, c'était la *compression* vantée par Frick de Hambourg : or, ce traitement, qu'il a essayé plusieurs fois, n'a pas paru à M. Vidal avoir plus de valeur que les antiphlogistiques et le repos.

M. Malgaigne est frappé du nombre de cas d'orchite rebelle au traitement ordinaire, qui s'est offert à M. Vidal (1) ; il a de la tendance à ne voir là qu'une de ces séries exceptionnelles qu'on rencontre quelquefois dans l'observation des faits cliniques. Pour lui, il n'a jamais vu d'orchite qui se soit montrée réfractaire à l'emploi des moyens ordinaires de traitement. Une seule fois, dans un cas grave, il a été obligé

(1) Il est important de savoir que la consultation gratuite de l'hôpital du Midi est extrêmement nombreuse, et qu'il est facile à un médecin de cet hôpital de choisir les cas.

de faire une ponction à la tunique vaginale, et les accidens ont promptement disparu.

M. Robert ne partage pas l'avis de ses deux collègues sur les épanchemens sanguins, considérés comme cause de développement de produits accidentels dans ces organes. Ce n'est pas là une hypothèse vague : c'est un fait qui avait déjà frappé J. Hunter long-temps avant qu'il ait été vulgarisé par M. Velpeau. Il cite à l'appui de son observation le cas d'un jeune homme qui, à la suite d'une violente contusion de la cuisse, vit une tumeur encéphaloïde se développer dans l'épaisseur du muscle triceps ; mais il reconnaît qu'il doit y avoir et qu'il y a, en effet, de grandes différences entre une rupture interne produite par une contusion et une incision qui ne pénètrent dans le sein de l'organe qu'après avoir traversé son enveloppe. Dans le premier cas, le sang est retenu ; dans le second cas, au contraire, il est versé au dehors par la solution de continuité et la cicatrice ne se fait qu'à cette condition.

M. Vidal reconnaît qu'il a peut-être eu affaire à une série, comme le croit M. Malgaigne. Il est d'autant plus porté à l'admettre, que déjà il en a rencontré une autre ; car il est resté 18 mois sans tomber sur un seul cas d'orchite qui nécessitât, pour sa guérison, l'application de sangsues (*Voy.* la note précédente).

Quant au cas cité par M. Malgaigne, M. Vidal croit que c'était une vaginalite, maladie dans laquelle la ponction de M. Velpeau est parfois souveraine.

M. Cullerier regarde l'orchite parenchymateuse comme très rare, et comme n'exigeant qu'exceptionnellement l'emploi du débridement dans son traitement. Il ne partage pas l'opinion de M. Vidal sur la guérison des deux autres variétés de l'orchite blennorrhagique par les seuls soins hygié-

niques, il faut, au contraire, selon lui, traiter ces maladies par des moyens énergiques, si l'on veut en débarrasser promptement les malades.

M. Huguier ferme la discussion en développant l'opinion émise plus haut par M. Robert, sur la différence qui existe entre les épanchemens sanguins, suite de contusion, et ceux que produisent les incisions, considérées comme cause de productions accidentelles.

OPHTHALMIE PURULENTE

chez un nouveau-né. Perte d'un œil, taie à l'autre œil. Transmission de cette ophthalmie au père nourricier, dont les deux yeux sont perforés. Observation recueillie dans le service de M. Vidal (de Cassis);

par M. Dumoulin, interne à l'hôpital du Midi.

Voici un fait puisé à la Clinique de M. Vidal qui prouve de nouveau la contagion de l'ophthalmie purulente des nouveau-nés. On sait que cette contagion a été prouvée par M. Guersant, au moyen d'une expérience directe (*Biblioth. ophthalm.*, année 1819, 1er et 2e cah.); elle a été observée par Mackensie à l'hôpital ophthalmique de Glascow, chez un enfant qui avait communiqué la maladie à son grand-père. Il y a peu de temps, un nouvel exemple s'est offert dans le service de M. Blandin. Ici l'enfant communiqua la maladie à sa mère, et celle-ci la transmit à son autre enfant. Cette intéressante observation est consignée en entier dans la thèse de M. D'Arcet, page 42. — M. Dequevauviller, dans son mémoire sur l'ophthalmie des nouveau-nés, dit avoir observé que « lorsqu'un des yeux est malade, si l'on couche l'enfant du même côté, on parvient quelquefois à préserver l'autre œil; on est toujours certain de le trouver

malade, si l'enfant ayant été couché sur le côté de l'œil sain, le mucus a pu franchir la racine du nez. »

L'observation que je vais rapporter a trait à un père nourricier atteint d'ophthalmie purulente communiquée par un nouveau-né ; la mère de l'enfant n'avait point d'écoulement puriforme. Les informations prises nous portent à croire que cette femme n'avait que de simples flueurs blanches, mais elle souffrait un peu de la matrice, qui était légèrement abaissée.

Le nommé M..., âgé de 34 ans, couché au n° 6, salle 9, est entré à l'hôpital le 10 août ; il n'a jamais eu de blennorrhagie. Sa femme prit en nourrice un enfant de huit jours qui était déjà affecté d'ophthalmie. Celle-ci devint promptement intense ; des deux yeux s'écoulait une humeur purulente très abondante. On consulta M. le professeur Bérard quand déjà la maladie était en plein progrès, et quand déjà des moyens énergiques avaient échoué, parce qu'ils avaient été employés très irrégulièrement. M. Vidal fut consulté quand déjà un œil était perforé, tandis que l'autre était complétement opaque. M. Vidal réussit à dissiper en grande partie cette opacité, et aujourd'hui le petit malade n'a plus qu'une très légère taie correspondant à la partie inférieure de la cornée transparente.

Il est bon de dire ici que la mère de cet enfant avait des flueurs blanches, qui n'avaient jamais donné aucune espèce d'écoulement au mari. Cette malheureuse femme eut des convulsions pendant l'accouchement, qui nécessitèrent l'application du forceps : d'où péritonite et mort. Pendant le trouble qui suivit cette grave opération et la maladie et la mort de la malheureuse mère, les soins de l'enfant furent négligés. On le sortit tout de suite, et on le coucha dans

une salle basse et humide chez un marchand de vin.

La nourrice et son mari prirent peu de précautions pour eux-mêmes en soignant cet enfant; ils lui lavaient les yeux, enlevaient le mucus puriforme, sans prendre ensuite le soin de se laver les mains. D'abord la nourrice eut un peu de conjonctivite du côté gauche; en quelques jours elle disparut. Son mari, plus spécialement alors chargé du soin de l'enfant, eut, le 1er août, l'œil droit affecté de la même manière que les yeux du nourrisson. D'après les renseignemens fournis, ce fut d'abord la paupière supérieure qui fut malade: elle devint gonflée, rouge, donna la sensation de graviers dans l'œil. Dès le début, il y eut sécrétion de mucus; il n'y avait point de photophobie. Bientôt le globe oculaire s'affecta, la conjonctive devint rouge, injectée et du pus véritable fut abondamment sécrété. Le gonflement de la paupière s'accrut, la muqueuse palpébrale prit l'aspect fongueux, et se renversa en dehors. L'œil était complétement recouvert par l'exubérance de la conjonctive enflammée. Quand le malade essayait de découvrir l'œil, l'impression de la lumière était douloureuse; sans doute alors la cornée était malade. Ce fut dans l'espace de cinq à six jours que cette redoutable affection parcourut ainsi toutes ses phases.

Quatre à cinq jours après le développement de l'affection à droite, l'œil gauche devint malade et l'inflammation purulente eut la même évolution et le même résultat que du côté droit.

Il y avait déjà trois jours qu'il avait l'œil droit malade, quand cet homme fit appeler un médecin de campagne. Celui-ci fit appliquer, le 3 août, dix sangsues derrière chaque oreille, prescrivit des révulsifs sur les extrémités,

des topiques froids sur l'œil, et défendit le contact de la lumière, précaution que ne prit point le malade, car il continua de vaquer à ses affaires. — Aucune amélioration.

Ce paysan raconte que le 7 août, époque à laquelle il distinguait encore les objets d'une manière très confuse, il entendit un petit bruit sec, et aussitôt il s'écoula de l'œil droit une matière liquide : c'était la rupture de la cornée ; le même phénomène se produisit le lendemain, 8 août, du côté gauche : dès-lors, la cécité fut complète.

Nous ferons remarquer que ce malade est très intelligent, très calme dans son malheur, et qu'il a répété toujours de la même manière ce qui a trait au bruit particulier, parfaitement entendu par lui, et partant de ses deux yeux.

Le 9 août, on applique un vésicatoire à la nuque.

Le 10 août, cet homme alla voir M. Vidal, qui le reçut dans son service à l'Hôpital-du-Midi, moins dans l'espoir de guérir son ophthalmie que par commisération.

A son entrée, nous trouvons les deux yeux dans un état déplorable. De l'un et de l'autre côté il y a ectropion de la paupière inférieure ; la muqueuse palpébrale et la conjonctive oculaire sont fongueuses, très rouges ; le boursouflement de la conjonctive entoure la cornée, qui se trouve comme enchâssée ; ce chémosis est considérable sur l'œil droit, un peu moindre à gauche.

A droite, la cornée est opaque dans presque toute son étendue ; elle est nuageuse, mais ce n'est pas là sa principale altération. Elle est perforée à son bord supérieur, et par cette ouverture l'iris fait saillie. Or, on sait que c'est précisément dans les cas où l'ulcération de la cornée s'établit sur l'un de ses bords, que la hernie de l'iris est la plus fréquente. Depuis le 7 août, époque du prolapsus de l'iris, cette mem-

brane a contracté des adhérences avec les lèvres de la plaie de la cornée, et maintenant la difformité est permanente. Il y a une cicatrice entièrement opaque, étendue sur l'iris, cicatrice qui a pris la place de la perte de substance de la cornée : c'est un staphylôme de l'iris et de la cornée.

L'œil gauche paraît moins gravement affecté; la cornée est nuageuse aussi dans presque toute son étendue; une ulcération s'est faite au centre de la membrane, l'humeur aqueuse s'est écoulée; mais précisément en raison du siége de l'ulcération, l'iris n'a point fait hernie (le prolapsus de l'iris est plus rare, en effet, dans les perforations centrales de la cornée). Nous n'observons en ce point qu'une tâche plus opaque que les nuages qui l'entourent : cette tache est circonscrite, contractée, très légèrement déprimée au centre; c'est une cicatrice opaque ou un leucôme. La dépression que je viens de mentionner pourrait faire présumer une adhérence partielle de l'iris à la cornée.

Dès l'entrée de ce malade, le 10 août, malgré le triste état des yeux, on pratiqua la cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent; on instilla, quatre fois par jour, quelques gouttes d'un collyre au sulfate de zinc; on enleva incessamment le mucus sécrété, et à chaque fois on lava les yeux avec l'eau de roses. — Une potion purgative avec l'huile de ricin et le sirop de chicorée fut administrée. — Aucune amélioration ne pouvait être espérée dans l'état des cornées; la cécité était complète. C'est surtout l'état fongueux de la conjonctive que M. Vidal s'est attaché à combattre depuis l'entrée de cet homme.

Le renversement des paupières en dehors persiste longtemps, surtout celui de la paupière inférieure, dont la muqueuse demeure fongueuse. Encore aujourd'hui, malgré les

cautérisations avec le nitrate d'argent, les lotions avec le collyre au sulfate de zinc, la paupière inférieure reste dans le même état, l'ectropion persiste. — Quant à la conjonctive oculaire, elle est moins mal ; elle n'est plus sarcomateuse comme auparavant, elle est seulement rouge, un peu tuméfiée encore, et elle offre quelques granulations très petites, mais cependant bien apparentes à l'œil nu. Plusieurs de ces granulations sont plus grosses sur le tarse des paupières. On cautérise encore ces granulations, ce qui est très important, car la conjonctivite granuleuse, résultat d'une ophthalmie purulente, tend à reprendre son premier type sous l'influence de la plus légère irritation ; d'ailleurs, quand les granulations siégent sur la paupière supérieure, elles frottent sans cesse sur la cornée, elles tendent à aggraver son état, à l'épaissir de plus en plus.

Cette observation est intéressante sous plusieurs points de vue :

D'abord, l'ophthalmie du nourrisson ne paraît pas due à l'influence de la contagion : la mère, autant que nous avons pu le savoir, avait des flueurs blanches, un peu de descente de matrice. Mais jamais elle n'avait communiqué d'écoulement à son mari, et celui-ci n'en a jamais eu, même avant son mariage. Nous avons déjà fait observer que l'enfant après sa naissance, reçut peu de soins. Il a passé plusieurs nuits chez un marchand de vins dans une salle basse, humide, et ouverte à tous les vents. Dans notre opinion, ces dernières circonstances nous paraissent avoir plus particu èrement agi dans la production de l'ophthalmie purulente, qui, quoique n'aynat pas été communiquée à l'enfant par la mère, a pu l'être cependant au père nourricier par l'enfant.

Quatre malheurs peuvent être comptés dans cette obser-

vation : 1° la mère meurt à la suite de l'application du forceps ; 2° l'enfant est sur le point de perdre les deux yeux et en perd un pour toujours ; 3° le père nourricier, malheureux ouvrier, ayant trois enfans, va probablement perdre entièrement la vue. Cette triple catastrophe eût été peut-être évitée si les moyens énergiques qui auraient pu la conjurer avaient été employés à temps. Nous n'avons pas à nous occuper de l'époque à laquelle le forceps a été appliqué, et de la cause qui a fait que d'une main il a passé à une autre main. Mais nous dirons que, pour l'enfant, la cautérisation fut d'abord ordonnée par un médecin de Paris, afin qu'un médecin du pays de la nourrice l'exécutât, — ce à quoi celui-ci s'est refusé. Quant au père nourricier, il n'a demandé les secours du médecin que le troisième jour du début de l'inflammation oculaire quand elle était déjà purulente.

M. Vidal fait, en général, marcher de front, dans les ophthalmies purulentes, et les saignées générales, et les saignées locales, et l'émétique, et la cautérisation. Tous ces moyens sont quelquefois employés dans une journée, et par cette forte perturbation on obtient de grands succès. Pour revenir au père nourricier, qui est dans nos salles, nous croyons que la cécité sera complète. Il s'agit donc de savoir si par une opération, cet homme pourra recouvrer la vue.—Il est évident d'abord que l'œil droit est plus malade que l'œil gauche : sur le premier, la cornée est plus opaque, et il y a staphilôme ; sur le second, la cornée n'est que nébuleuse ; mais à son centre existe un leucôme, et il n'est guère probable que la résorption se fasse assez bien pour que la cicatrice, de complétement opaque, devienne transparente. Dans l'hypothèse de la résorption la plus complète possible, il pourrait arriver que la portion opaque de la cornée demeurât assez

limitée pour que la dilatation de la pupille, par la belladone, procurât une vision suffisante : mais pareil espoir est-il bien permis? La cornée n'est pas la seule membrane affectée : l'iris lui est adhérent; il y a synéchie antérieure. L'on pourrait peut-être essayer de séparer l'adhérence au moyen d'une aiguille introduite à travers la cornée, opération dont le succès est douteux, car une fois l'adhérence détruite, resterait le leucôme. Pourrait-on pratiquer l'opération de la pupille artificielle? Non, quant à présent, car aucun point de la cornée n'est sain, la membrane est opaque dans presque toute sa circonférence, et il y a encore un fort gonflement des paupières. La médecine opératoire ne pourra donc être invoquée que beaucoup plus tard.

REVUE CHIRURGICALE.

Cas remarquable de hernie diaphragmatique droite, par le docteur Olivet.

Ces hernies sont assez rares ; le fait rapporté par M. Olivet est assez intéressant, et les réflexions qu'il ajoute sont assez justes, pour que nous transcrivions le tout.

« Joseph Pesset, de Clusaz (Savoie), âgé de quarante-sept ans, manœuvre, était occupé à travailler dans un fossé lorsqu'il fut renversé et en partie couvert par un éboulement de terre. Il fut aussitôt relevé et apporté à l'Hôtel-Dieu, dans le service de chirurgie de M. Pétrequin.

« A son entrée, il était dans un état de stupeur assez prononcé ; le lendemain, quand il fut revenu à lui, il ne se plaignait que de douleur dans la région thoracique droite, et de gêne dans la respiration. La poitrine paraissant avoir subi la plus grande partie du choc, ce fut d'abord de ce côté que se portèrent les investigations ; mais elles ne révélèrent rien. Quelques jours après,

cependant, on découvrit qu'une côte était fracturée à sa partie moyenne : c'était la cinquième ou la sixième droite. On réveillait la crépitation en pressant les deux fragmens, et on l'entendait pendant l'inspiration en appliquant l'oreille sur cette région du thorax.

« La sonorité était normale, et l'on apercevait seulement quelques râles muqueux; le malade toussait peu, et ses crachats étaient ceux de la bronchite. Mais quelques jours plus tard la scène changea, et l'on entendit dans le lobe inférieur du poumon droit un souffle que l'on prit pour le souffle amphorique qui résulterait de la perforation du poumon par la côte fracturée. On ne l'entendait que dans un espace très limité, en arrière, au-dessous de la racine du poumon.

« Ce souffle fut remplacé le lendemain par un gargouillement amphorique semblable au bruit que l'on produirait en insufflant de l'air au moyen d'un chalumeau dans une eau légèrement savonneuse; l'on entendait également le tintement métallique très distinct, et tel que le développerait une gouttelette tombant sur un liquide qui remplit à moitié une bouteille. Mais comme ce tintement métallique persistait long-temps encore après qu'on avait fait asseoir le malade, c'est-à-dire à une époque où tous les gouttelettes adhérentes à la plèvre devaient être tombées, M. Pétrequin était porté à croire que la formation de ces gouttelettes résultait de la condensation, à la surface pleurale, de la vapeur qui s'exhalait de la sérosité épanchée, et que la pénétration de l'air devait faire passer à l'état liquide.

« La percussion donnait de la matité à la base du poumon, et de la sonorité plus supérieurement. L'on pensa donc qu'un liquide s'était épanché depuis peu dans la plèvre, et prenait dans certaines positions un niveau plus haut que la perforation pulmonaire par laquelle l'air s'engouffrait dans la cavité séreuse, et produisait le gargouillement. La respiration était courte, fréquente, incomplète, et les dernières côtes ne se soulevaient que difficilement dans l'inspiration.

« Cet état dura quelques jours, la matité atteignant peu-à-peu tout l'espace occupé par le lobe inférieur du poumon, et la sonorité remontant toujours davantage.

« Enfin, dix jours après l'apparition de ces symptômes, le

gêne respiratoire augmenta considérablement, et d'une manière très brusque : le côté droit du thorax reste presque immobile dans l'inspiration. La percussion donne toujours les mêmes résultats, mais l'auscultation ne fait entendre aucun bruit, si ce n'est quelques gros râles humides à la hauteur des trois premières côtes, en avant. La peau est couverte d'une sueur froide, les traits grippés ; l'état du malade ne permet pas de le faire asseoir sur son lit. Il meurt dans la même journée.

« Voici quel avait été l'état des organes digestifs. A l'entrée de cet homme à l'hôpital, ils fonctionnaient normalement ; puis il survint un peu de diarrhée, à laquelle succéda une constipation opiniâtre que l'on combattit par des lavemens ; le dévoiement revint. Plus tard des nausées, et même quelques vomissemens se déclarèrent. Les derniers jours les fonctions intestinales avaient repris un caractère plus régulier ; seulement les selles étaient encore assez rares, quoique de consistance normale.

« *Autopsie quarante heures après la mort.* — La cavité thoracique ouverte avec précaution, l'on ne trouve d'épanchement ni dans l'une ni dans l'autre plèvre. A gauche, le diaphragme est fortement refoulé en haut jusqu'au niveau de la cinquième côte. Mais à droite la lésion était assez intéressante pour mériter une description détaillée : nous avions affaire à une énorme hernie diaphragmatique.

« La cavité pleurale paraît, au premier abord, entièrement occupée par la moitié au moins du gros intestin. En refoulant de haut en bas cette masse qui atteint la clavicule, on voit le poumon réduit au volume du poing, appliqué contre la colonne vertébrale, et retenu au sommet par quelques adhérences ; il n'est pas carnifié et ne présente, non plus que le gauche, aucune trace de tubercules.

» L'ouverture du diaphragme qui a donné passage aux viscères abdominaux est une déchirure de 20 centimètres de longueur environ, dirigée de droite à gauche, et d'arrière en avant ; mais, comme on le comprend, elle n'est pas restée linéaire, et, à mesure que les intestins y ont passé, elle s'est rapprochée de la forme circulaire, en perdant en longueur ce qu'elle gagnait en largeur, en sorte que ses bords inégaux et dilacérés représentent un vaste anneau par lequel tout le lobe droit du foie, et par-

dessus lui, plusieurs anses du colon se sont introduites dans la poitrine dont elles remplissent maintenant presque toute la cavité droite. Tous ces organes herniés sont à nu : aucun d'eux n'a contracté d'adhérence, ni avec la plèvre, ni avec le diaphragme, et l'ouverture de celui-ci est assez étendue pour éloigner toute chance d'étranglement, à moins cependant qu'il ne fût survenu des contractions spasmodiques, et encore la possibilité de l'incarcération même, dans cette hypothèse, est-elle chose très problématique.

« La cavité abdominale est distendue par les intestins, qui eux-mêmes sont pleins de gaz, et font entendre, quand on les comprime, un gargouillement analogue à celui qu'on entendait pendant la vie dans la cavité thoracique ; leurs parois sont épaisses, mais ils ne présentent aucune trace d'inflammation. Le foie, en même temps que son lobe droit s'est introduit dans la poitrine, a subi un mouvement de bascule par lequel sa face antérieure est tournée directement en haut, et son bord tranchant en avant. Cet organe est appliqué contre la paroi postérieure du tronc, et il est au premier aspect entièrement caché par les anses intestinales herniées.

« Les autres viscères sont à l'état normal.

« A la hauteur de la sixième à la neuvième côte, se voit dans le tissu cellulaire sous-cutané une suffusion ecchymotique qui paraît résulter de l'action directe de l'éboulement sur les parois thoraciques. La sixième côte droite est cassée ; la fracture est nette et transversale ; il s'est déjà formé un commencement du cal osséo-cartilagineux qui réunit les deux fragmens et les entoure comme une virole.

« Ainsi l'on peut s'expliquer maintenant les symptômes qui ont eu lieu chez ce malade : la perforation du diaphragme ayant d'abord livré passage à une petite partie de l'intestin, a produit la sonorité exagérée ; le gargouillement qui se faisait entendre dans les anses intestinales a été pris pour l'éclat de bulles d'air se faisant jour à travers du liquide épanché dans la plèvre. A mesure que la fissure du diaphragme s'est agrandie, une masse plus considérable d'intestins a passé dans la poitrine, et augmenté la sonorité et le gargouillement, en même temps que le *foie, qui* faisait une hernie plus volumineuse, augmentait infé-

rieurement une matité que l'on attribuait à la présence d'un liquide. Enfin, le dernier jour, on n'entendait plus aucun râle en avant à droite : cela tient à ce que l'ouverture du diaphragme s'étant tout-à-coup agrandie, l'intestin avait, comme nous l'avons vu à l'autopsie, comprimé le poumon qui, en outre, se trouvait séparé de la paroi antérieure du thorax par plusieurs anses du colon. On se rappellera que l'état souffrant du malade avait alors empêché de le faire asseoir pour ausculter la partie postérieure de cette cavité. Cependant la matité avait fait encore des progrès en hauteur ; mais la sonorité persistait toujours dans la moitié supérieure.

« C'est à cet agrandissement soudain de la rupture du diaphragme qu'il faut attribuer le collapsus rapide du sujet et sa mort. C'est probablement aussi dans cette vaste solution de continuité qu'il faut chercher la cause de l'énorme refoulement du diaphragme dans la cavité thoracique gauche. Ce muscle, en effet, avait perdu ses points d'appui à droite, et se laissait distendre passivement dans le sens opposé par les viscères abdominaux.

« On voit donc que si une erreur de diagnostic a été commise, elle était assez difficile à éviter, puisque tant de circonstances concouraient à simuler un pneumo-hydrothorax : fracture de côte, possibilité de perforation du poumon, bruits métalliques et amphoriques, matité en bas, sonorité exagérée supérieurement, tous ces signes stéthoscopiques étaient aussi nettement dessinés qu'on les entendît jamais dans l'hydro-pneumothorax le mieux constaté. Aussi plusieurs médecins et internes des hôpitaux, ayant ausculté le malade, partagèrent tous l'opinion qui avait été émise sur la nature de la lésion.

« Cependant, dès le deuxième jour que les symptômes d'hydro-pneumothorax apparurent, je conçus quelques doutes sur l'existence de cette affection. Je ne pus jamais bien entendre ce souffle amphorique que d'autres personnes avaient entendu, et je présume maintenant qu'elles ont été induites en erreur par un fort souffle bronchique qui aura retenti d'une manière exagérée à travers les anses intestinales distendues par des gaz. Je dois dire aussi que la voix amphorique ne put être aperçue, non plus que le timbre particulier de la toux qui l'accompagne d'ordinaire;

ainsi déjà trois signes de l'hydro pneumothorax manquaient. Je me rappelai alors avoir vu ailleurs cette maladie simulée par la protrusion d'une partie de l'estomac à travers les faisceaux du diaphragme détruits, et écartés au niveau du cartilage xiphoïde par un phlegmon sous-sternal; mon attention fut portée sur ce point, et je voulus voir si nous avions affaire ici à une semblable lésion. Je remarquai que le gargouillement amphorique était très prolongé, beaucoup plus qu'il ne l'est lorsqu'il est dû à une colonne d'air poussée à travers une perforation du poumon; il augmentait quand on faisait prendre au malade une autre position. Alors je pressai sur la région épigastrique, et je développai ainsi à volonté le gargouillement dont il est question. C'était assez pour me mettre sur la voie; mais, tous les autres signes étaient si trompeurs, que je n'osai accorder à mon opinion trop de valeur, d'autant plus que la fracture d'une côte rendait toute naturelle l'admission d'une déchirure du poumon et d'un pneumothorax consécutif. La succussion eût probablement levé tous les doutes; mais, comme je l'ai dit, l'état du malade empêcha de la pratiquer. » (*Journal de médecine de Lyon*, juillet 1844.)

Hernie intestinale étranglée par un seul point de l'intestin, lequel n'est donc que pincé. Par M. Voillemier.

Marion, journalier, âgé de 36 ans, d'une constitution vigoureuse, est entré à l'hôpital des Cliniques le 1er octobre 1839. Il raconte qu'il y a un an, faisant un violent effort pour soulever une pièce de bois, il éprouva une vive douleur dans l'aine droite, et qu'en portant la main sur cette partie, il y trouva une tumeur du volume d'une grosse noix. Les tentatives qu'il fit alors pour faire rentrer cette *descente* furent inutiles; obligé de cesser ses travaux, il alla se coucher, et au bout de quelques heures la tumeur disparut spontanément. Le lendemain, il reprit ses travaux, et quatre mois s'écoulèrent sans nouvel accident. A cette époque la tumeur reparut à la suite d'un effort violent, et se comporta exactement comme la première fois. Enfin, quatre jours avant son entrée à l'hôpital, voulant soulever une pierre pesante, il sentit un craquement très douloureux dans l'aine droite, et une tumeur du volume d'une noix apparut de nouveau dans

cette région. Quelques instans après il fut pris de douleurs assez vives, de vomissemens et d'envies d'aller à la selle. Après une selle abondante et liquide, les douleurs du ventre cessèrent en partie, mais les vomissemens continuèrent. Il vomit dix ou douze fois pendant une lieue de chemin qu'il avait à faire pour rentrer chez lui. Une fois couché, il se sentit plus calme, et n'eut que deux vomissemens verts dans la nuit. Les deux jours suivans il vomit encore quelquefois, et eut une selle liquide. Il ne s'était développé pendant tout ce temps aucune douleur dans le ventre ; mais la tumeur ne diminuant pas, il se décida à entrer à l'hôpital des Cliniques. Examiné dans la soirée, il présente dans l'aine droite une tumeur petite, arrondie, dure, immobile, douloureuse au toucher, donnant un son mat à la percussion, bien limitée inférieurement, et se prolongeant en haut dans le canal inguinal. La peau est mobile, et présente seulement un peu de rougeur qu'il faut attribuer aux tentatives de réduction faites par le malade. L'état général est peu inquiétant : il y a eu deux vomissemens de matières verdâtres, et une selle liquide. L'abdomen est peu douloureux à la pression : il n'y a pas de réaction fébrile ; le pouls est à 70. On prescrit une saignée de 400 grammes, et un bain d'une heure. Au sortir du bain, de nouvelles tentatives de taxis sont faites pendant un quart d'heure sans autre résultat que celui d'augmenter les douleurs dans la tumeur et le côté droit de l'abdomen. Un cataplasme est appliqué sur toute la région douloureuse. Le lendemain, on pratique de nouveau le taxis pendant près de 20 minutes, et toujours sans le moindre succès. On prescrit l'application de 20 sangsues sur la tumeur, un cataplasme, un lavement purgatif, et pour nourriture deux potages. Le 3 octobre, les vomissemens n'ont point reparu : il y a eu une selle liquide accompagnée de quelques coliques et de douleurs du côté de l'abdomen où siége la hernie. La tumeur a conservé son volume ; elle est seulement moins douloureuse. Le 4 octobre, il y a eu un vomissement très peu abondant dans la nuit ; l'état du malade est le même que la veille. On ordonne une nouvelle application de 20 sangsues sur la tumeur, un lavement simple, et pour régime deux soupes. Le 5 octobre, il y a eu une selle abondante dans la nuit ; les vomissemens n'ont plus reparu. Le malade

[illegible] de ce qu'on ne lui [illegible] presque plus douloureuse : [illegible] est sensiblement plus aplatie et [illegible] pendant trois jours sans qu'il sur[illegible] nouveau. Le malade mange un quart de portion ; [illegible] lever, malgré la défense qui lui en est faite. Le 9 [illegible] pour la première fois, en examinant la tumeur, qui est [illegible] ramollie et diminuée de volume, on sent de la façon la plus manifeste une crépitation emphysémateuse qui s'étend le long du canal inguinal et un peu au-dessus du pubis, dans l'étendue de la paume de la main ; cependant la peau de toute cette région n'a pas changé de couleur, et n'est point douloureuse au toucher. L'état général est des meilleurs : le malade va chaque jour à la selle ; il dort bien, est sans fièvre, et se plaint seulement de n'avoir pas assez à manger, quoiqu'il ait la demi-portion. Durant les jours suivans, il ne survient rien de nouveau : on s'attendait à voir la peau de l'aine se mortifier, et on l'examinait avec le plus grand soin ; mais l'emphysème, loin d'augmenter, diminua peu-à-peu ; la peau resta saine, et le 15 octobre, jour où le malade voulut absolument quitter l'hôpital, il ne restait plus dans l'aine qu'une tuméfaction mal limitée, s'étendant vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, nullement douloureuse au toucher. (*Archiv. de méd.*, juillet 1844.)

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches sur la vie et la mort, par Bichat.

Nouv. édit., précédée d'une notice et suivie de notes par le docteur Cerise.

Chez MM. Fortin, Masson et Comp.

M. Cerise a entrepris de publier une *Bibliothèque de philosophie médicale*. Il faudrait d'abord savoir ce que l'on doit entendre par *philosophie médicale*. Si la médecine a une philosophie, celle-ci doit être l'ensemble des principes essentiels sur lesquels celle-là repose. Ce n'est pas ainsi que l'a compris M. Cerise. La

philosophie médicale est pour lui tout ce qui, dans les sciences médicales, est plus ou moins afférent à la philosophie proprement dite. Mais passons sur ce point, car M. Cerise nous avertit qu'il n'aime pas les petites critiques (p. 269).

Une Bibliothèque de *philosophie médicale* étant donnée, les *Recherches sur la vie et la mort* y avaient leur place marquée au premier rang. La dernière édition de ce livre est de 1829. L'édition nouvelle vient donc opportunément. Elle est soignée, et sous un format commode. Voilà pour le libraire. Passons à l'éditeur, M. Cerise, auteur d'une *Notice* dont il n'y a rien à dire, et de *Notes* sur lesquels il y a à dire beaucoup.

M. Cerise n'est pas content de la célèbre définition de la vie par Bichat, et on ne peut l'en blâmer. Mais il ne l'est pas davantage de celle de Cuvier, et il se trouve à l'*étroit* dans l'*horizon* du grand naturaliste. Il ne veut pas que l'on considère la vie dans l'individu. Son regard n'est pas satisfait à moins d'embrasser l'*ensemble des espèces animales et végétales*. Voici sa définition :

« La vie est cette force mystérieuse qui se révèle dans les êtres organisés par la production des germes, au moyen desquels les espèces se conservent indéfiniment, et par la production des élémens organiques, au moyen desquels les individus se développent et se conservent pendant une durée déterminée. *L'individu meurt*, ajoute-t-il, *et la vie reste.* » Mais ce n'est point de la vie universelle qu'il s'agit. Si l'individu est mort, tandis que la *vie reste*, c'est qu'il a vécu d'une autre vie que celle-là, sans quoi il ne serait pas mort, et c'est cette autre vie, cette vie propre, la vie dont l'absence fait qu'il est mort, qu'il s'agit de définir.

M. Cerise reproche à Bichat de mettre en péril le *dogme physiologique de l'unité vitale* par sa division de la vie en animale et en organique. Mais quoi ! subdiviser logiquement la vie, c'est méconnaître son unité ! Bichat a-t-il jamais dit que les deux vies fussent indépendantes des lois de la vie commune ? La vie est une; les phénomènes sont divers, et ont rapport, soit au monde extérieur (vie animale), soit à la nutrition (vie organique) : voilà ce que tout le monde a compris.

La division de Bichat compromettrait aussi, suivant son éditeur, le dogme *psychologique de la dualité humaine*. Nous comprenons la *dualité* des spiritualistes, pour lesquels il existe un homme matériel et un homme spirituel. Mais M. Cerise est plus exigeant. Deux hommes ne lui suffisent pas. Il lui en faut trois. Tout-à-l'heure il reprochait à Bichat d'avoir trouvé deux vies dans la vie, et maintenant lui-même en trouve trois. Nous n'inventons pas; voici ses paroles : « La vie, considérée, en effet, dans l'homme, ne présente pas seulement l'aspect végétatif et animal, elle présente encore l'aspect moral et intellectuel, *de là la division de la vie humaine en nutritive, sensorio-motrice et spirituelle.* » L'auteur a l'orgueil de son espèce, et ne veut pas que l'homme soit un animal, quelque perfectionné qu'on suppose cet animal. Il ne confond pas les *actes moraux et intellectuels de l'homme avec les faits d'impressionnabilité et d'innervation animales*. L'homme veut; l'animal n'est que sensorio-moteur; il n'a pas de volonté. Vous appelez votre chien, il se lève et vient à vous. Vous vous imaginez qu'il a voulu vous obéir; vous ne connaissez pas les faits d'*impressionnabilité et d'innervation animales*. Tant pis pour vous, d'ailleurs, si vous ne comprenez pas: c'est que la troisième vie, la vie de M. Cerise, la vie *spirituelle*, est peu développée chez vous. Pourtant, avec toute l'humilité convenable, on pourrait hasarder une objection. Entre l'action *sensorielle* par suite de laquelle le chien a entendu l'appel, et le mouvement par suite duquel il a répondu à cet appel, il faut bien qu'il y ait eu quelque chose pour déterminer ce mouvement; car la simple perception n'a pas puissance de commandement; et s'il y a quelque chose entre la perception et le mouvement, ce doit être la volonté. Que l'homme soit *spirituel*, nous aurions mauvaise grâce de le nier quand c'est M. Cerise qui le dit. Mais l'animal n'est pas si brute qu'il en a l'air, et l'on peut sans vergogne trouver en lui le rudiment plus ou moins avancé de l'homme.

« Bichat se trompe souvent dans ses appréciations physiologiques, en se laissant entraîner par les mots avant d'en avoir précisé le sens. » C'est M. Cerise qui parle ainsi, à propos de cette proposition de Bichat : *l'habitude émousse le sentiment.*

D'après M. Cerise, il eût été plus exact de dire que l'habitude diminue l'intensité des *émotions*. C'est possible. Mais il aurait fallu que Bichat devinât M. Cerise, dont il lui a manqué de connaître la nomenclature. L'*émotion* est l'impression du plaisir ou de la douleur. Le *sentiment* est l'idée d'une satisfaction, plus, l'émotion qui naît de cette idée. La *passion* est le désir immodéré. Voilà ce que M. Bichat ignorait, et ce que M. Cerise lui aurait appris. Mais d'abord l'*émotion*, telle que l'auteur l'entend, suppose une sensation, c'est-à-dire une impression perçue, et non pas seulement une impression. Ensuite (p. 300), pour l'auteur, la joie, la tristesse, la colère, sont des émotions. Qu'est-ce à dire? La joie, la tristesse, la colère, des émotions, c'est-à-dire de simples sensations! Mais l'une ou l'autre n'existent que comme *résultats* d'une sensation. On est joyeux parce qu'on a éprouvé une sensation qui a eu pour effet la joie! ainsi de la tristesse! ainsi de la colère! Il y a donc réaction de l'esprit sur la sensation pour produire la joie, la tristesse, la colère. Il y a bien une joie et une tristesse dont on ignore le pourquoi. C'est la joie organique, le contentement intime des viscères communiqué au cerveau. Mais alors il aurait fallu distinguer.

M. Cerise n'admet pas l'influence tempérante de l'habitude; il ignore la satiété. Il respire une rose toute la journée, et le soir il la trouve aussi suave que le matin. Pour lui « l'idée toujours présente des premières émotions ajoute encore à la durée des véritables affections qui les ont fait éprouver. » M. de Florian n'aurait pas mieux dit. Mais la question n'est pas de savoir si, dans un cas donné, le souvenir des premières émotions ajoute à l'affection : il s'agit de déterminer si les émotions répétées sont toujours aussi vives. Bichat ne croyait pas à l'éternité de la lune de miel. M. Cerise fait tout ce qu'il peut pour le contredire, et les belles dames auxquelles il donne des antispasmodiques lui en seront reconnaissantes.

M. Cerise se pose la question de savoir si le centre épigastrique est le siége des désirs, des sentimens et des passions, et il répond : « Non...; mais il est le foyer auquel viennent retentir, sous forme d'émotions sentimentales, d'une part, les diverses conditions générales de l'organisme, désignées sous le nom de

penchans, et de l'autre, les impressions et les idées affectives. »

Remarquons d'abord, que si les penchans ne sont pas autre chose que les *diverses conditions générales de l'organisme*, comme ce n'est pas l'homme qui fait son organisme, il n'est plus responsable de ses penchans. Mais, ensuite, il faudrait préciser ce que l'on doit entendre par *conditions générales* de l'organisme. Puis, on discuterait pour savoir si les penchans se trouvent là en effet. L'auteur flotte entre le vague et l'erreur.

Nous avons vu que M. Cerise admet deux élémens dans la passion : l'idée et l'émotion ; mais il admet aussi que l'émotion peut exister indépendamment de l'idée : c'est admettre un effet sans cause. M. Cerise ne dit-il pas lui-même que l'émotion est un retentissement? Un retentissement suppose un bruit. On s'afflige de voir un pareil langage s'introduire dans les études physiologiques ; et dire que cela s'est écrit à l'occasion de Bichat, l'esprit le plus limpide de notre littérature !

Poursuivons : « On peut dire qu'un *appareil émotif commun* est affecté aux sentimens, comme des appareils spéciaux sont affectés aux appétits, à la faim, à la soif, à l'anxiété respiratoire, etc. » Où est la preuve ? Sur quel phénomène bien constaté, sur quels faits anatomo-pathologiques, M. Cerise, si difficile en matière de localisations, établit-il celle-ci ? C'est le plexus solaire qui est l'*appareil émotif*. « La disposition du plexus solaire, ses relations avec les viscères thoraciques et abdominaux, expliquent parfaitement comment ce sont tantôt les organes digestifs, tantôt le système circulatoire, quelquefois les viscères appartenant aux sécrétions, qui éprouvent un changement, un trouble dans nos affections morales. » C'est Bichat qui dit cela ; mais M. Cerise le répète avec la circonstance aggravante de l'*appareil émotif*. L'erreur, excusable du temps de Bichat, ne l'est plus aujourd'hui. La vessie et le rectum, en ce qui touche l'acte excréteur, sont sous la dépendance de l'axe cérébro-spinal. L'émoi, la crainte, quand ils agissent sur ces réservoirs, ne peuvent le faire que par l'intermédiaire de cet axe, et l'appareil de M. Cerise n'a rien à y voir. Le retentissement sur l'estomac s'explique très bien par l'intermédiaire du pneumogastrique, de même que ce cordon nerveux rend compte aisément

de la nausée à la suite d'une image répugnante que l'esprit se représente. Les individus qui ont éprouvé des troubles gastriques profonds à la suite de longues contentions d'esprit, de souffrances morales, n'ont jamais rien présenté dans le plexus solaire, que nous sachions. C'est donc là une localisation sans fondement : une assertion hasardée, légère, qui ne devrait pas se trouver, comme étant l'expression des connaissances actuelles, sous la couverture et à propos d'un livre classique.

M. Cerise a voulu absolument faire de l'émotion une nécessité, tandis qu'elle n'est qu'un accident, un inconvénient. La passion, la vraie, la robuste passion, est celle qui ne se complique pas d'émotion. L'homme qui hait bien est celui dont la main ne tremble pas. L'amour n'est point dans le cœur palpitant, dans les poumons oppressés, dans la glotte resserrée : il est dans le cerveau qui, sous l'influence de la force immortelle, conçoit l'amour ; et il serait dans le cœur, dans le poumon, dans la glotte, qu'il ne serait pas pour cela dans l'*appareil émotif*, dans le plexus solaire, par la raison déjà émise que le cerveau a un émissaire bien plus direct et plus naturel dans le nerf pneumo-gastrique.

M. Cerise, si facile à contenter quand c'est lui qui invente, se fait violence héroïquement quand il s'agit des autres. Bichat a établi l'analogie de la sensibilité et de la contractilité organiques avec la sensibilité et la contractilité animales. « Cette analogie, dit M. Cerise, est condamnée par la logique ; car, dans la vie de nutrition, les faits prétendus de sensibilité et de contractilité se confondent dans un seul et même phénomène, tandis qu'ils sont complétement distincts dans la vie de relation. » Un exemple fera justice de cette surprenante assertion. Il n'est pas difficile de voir dans le rein, parfaitement distinctes l'une de l'autre, les deux propriétés dont il s'agit : en vertu de sa sensibilité, mis en contact avec le sang, il en extrait l'urine, et par sa contractilité, il la fait cheminer de la profondeur de son parenchyme jusqu'à l'uretère.

L'occasion était belle pour écrire la tirade obligée contre le sensualisme. Voici cette tirade ; elle est longue, mais elle vaut la peine d'être connue : « Au commencement de ce siècle, tous les phénomènes de la vie, les actes moraux intellectuels, comme les

fonctions sensorio-motrices et nutritives, étaient le résultat d'une propriété générale de l'organisme, la *sensibilité*. La sensibilité est distribuée à des degrés différens dans les parties : ici elle est obscure absorption ou obscure sécrétion ; là elle est impression et mouvement ; plus loin elle devient intelligence et volonté. Telle est la doctrine des sensualistes, et en particulier de Cabanis... *Cette sensibilité*, disent à-la-fois Bichat et Cabanis, *est commune à tous les organes... elle est plus ou moins abondamment répartie dans chacun... elle a mille degrés divers. Dans ces variétés il est une mesure au-dessus de laquelle le cerveau en est le terme, et au-dessous de laquelle l'organe seul reçoit et perçoit la sensation sans la transmettre.* Quelle confusion ! des organes sécréteurs, tels que le rein, le foie, les glandes salivaires, etc., qui *perçoivent la sensation !* »

Quelle confusion ! s'écrie M. Cerise. Qu'y a-t-il là de confus ? Qu'y a-t-il de confus à dire qu'au-dessus d'une certaine mesure le cerveau est le terme de la sensibilité organique, tandis qu'au-dessous de cette mesure la sensibilité organique ne sort pas des organes ? N'est-ce point là ce qui a lieu effectivement, suivant que les organes sont sains ou malades ? Ayez un bon estomac, vous ne le sentirez pas. Ayez l'estomac malade, vous le sentirez. Faut-il parler le langage des portières, pour se faire comprendre des médico-philosophes ? M. Cerise souligne le mot *perçoit*. Dire qu'un organe perçoit la sensation sans la transmettre, c'est parler un langage barbare (*sic*). Mais vous voyez bien que c'est une hardiesse volontaire de langage, une façon calculée de rendre l'idée plus frappante ; et vous faites là une pitoyable querelle.

Continuons ; car il faut en finir avec ces pieuses déclamations contre le *sensualisme*, qui n'est si laid qu'à cause de son nom, qu'on a fait le plus laid possible. « Que devient, dans ce langage barbare, l'intelligence humaine ? Elle est le maximum de cette sensibilité animale, qui elle-même est le maximum de la sensibilité organique. Elle se confond avec la sensibilité sous le nom de perception, de mémoire, d'imagination, de jugement, etc. ; et elle se confond avec la contractilité sous le nom de volonté. N'est-ce pas dire que tous les phénomènes de la vie se réduisent à sentir et à se mouvoir ! Une pareille physiologie, nous l'avons dit, ne sau-

rait s'appliquer à l'homme. » Dans ce passage, l'annotateur se trompe tantôt avec Bichat, tantôt contre Bichat. Ainsi :

1° L'intelligence n'est pas le maximum de la sensibilité animale, pas plus que la faculté tactile, par exemple, n'en serait le minimum. — 2° La sensibilité animale n'est pas le maximum de la sensibilité organique. Ces deux sensibilités sont absolument distinctes. On ne peut faire que la sensibilité en vertu de laquelle le cerveau se nourrit, à quelque maximum qu'on la suppose, produise l'intelligence. — 3° L'intelligence ne se *confond* pas avec la sensibilité ; elle en est le produit. Elle ne se *confond* pas non plus avec la contractilité ; elle lui commande par la volonté. — 4° Non, ce n'est pas dire que tous les phénomènes de la vie se réduisent à sentir et à vouloir, puisque (et vous-même le notez) entre la sensation et le mouvement, ces *sensualistes* placent la perception, la volonté, le jugement... le jugement ! c'est-à-dire la délibération, et le choix, qui en est la conséquence.

Maintenant, nous le demandons, admettre que le cerveau, instrument de la force immortelle, n'est cet instrument qu'à la condition d'être sensible, est-ce professer une doctrine immorale ?

MARCHAL (DE CALVI).

Mémoire de Chirurgie pratique, par le Docteur PAMARD (d'Avignon). Paris, J.-B. Baillière, 1844, in-8° de 215 pages avec 4 planches. — Prix : 4 fr.

M. Pamard a obéi à un bon sentiment et à une bonne idée. Il a voulu, praticien distingué de province, que ses confrères pussent profiter des pratiques qui lui ont réussi, des idées qui lui paraissent progressives. C'est un double but d'humanité et de science qu'il atteindra. On doit remarquer que les brochures qui, comme celle-ci, nous viennent des départemens, se multiplient tous les jours. J'ai dit les deux premiers mobiles qui poussnt à ces productions.

Il y a un autre sentiment qui met la plume en des mains souvent fort inexpérimentées : c'est une certaine crainte du dédain parisien. Il y a près de trente journaux de médecine à Paris ; il y en a à Montpellier, à Strasbourg, à Marseille : eh bien ! cette immense publicité ne suffit pas. C'est surtout la presse de la capi-

tale qui est dédaigneuse, c'est surtout l'écrivain parisien qui oublie le producteur provincial pour ne prôner que les productions du grandcentre !

Ainsi M. Pamard, digne héritier de ce nom, considère *comme absolument inconnue dans la science* la modification à l'opération de la cataracte de son aïeul. Or, il est fait mention du procédé par Pique-Pamard dans Sabatier, Boyer et Velpeau, trois auteurs que je cite parce qu'ils sont là présens à ma mémoire (il doit y en avoir bien d'autres encore). Sabatier consacre près de deux pages à l'exposition et à la critique de ce procédé, et M. Velpeau en parle favorablement. Ainsi, voilà un procédé *tombé dans l'oubli*, et qui se trouve enregistré dans les livres les plus considérables, les plus lus de notre époque! Bien plus, un tout jeune homme, le dernier descendant des Pamard, passe docteur : il fait une thèse, c'est-à-dire un travail que personne ordinairement ne lit, excepté quelquefois l'auteur, et cette thèse est citée dans le livre de médecine opératoire le plus important de l'époque; M. Pamard l'avoue lui-même, et il se plaint! En résumé, que ce soit la mauvaise humeur de l'auteur ou les motifs que j'ai indiqués tantôt qui lui aient fait prendre la plume, je n'en ai pas moins à signaler une œuvre sérieuse de plus. Le livre de M. Pamard, outre le sujet cher à la famille, (la *Cataracte*) contient des mémoires sur *l'iritis* et sur la *fracture du col du fémur*, qui seront médités avec fruit par tous les praticiens. A. V.

CHRONIQUE DES CHIRURGIENS.

Nous avons à constater deux faits qui prouvent que la vérité et les intérêts de l'humanité finissent toujours par être reconnus dans les conseils où siégent des hommes de bien:

1° Le conseil d'administration a fait cesser le cours de prétendue *chirurgie sous-cutanée* que M. Guérin avait ouvert à l'hôpital des Enfans.

2° D'un autre côté, le conseil municipal, dans lequel se trouve maintenant un chirurgien aussi éclairé que consciencieux, vient de retrancher dix mille francs sur quatorze mille qui étaient alloués pour les services orthopédiques. Ces deux décisions forment deux *Jugemens*. Avec la déclaration des médecins de France, ils constituent une condamnation qui en présage d'autres que nous expédierons plus tard.

VIDAL (DE CASSIS), *Rédacteur principal.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DE LA CURE RADICALE DU VARICOCÈLE (1)

par l'enroulement des veines du cordon spermatique.

Par A. Vidal (de Cassis), chirurgien de l'hôpital du Midi.

Les idées qui font la base de ce Mémoire ont été exposées dans un travail que j'ai lu à l'Académie royale de médecine. Depuis cette lecture, j'ai fait de nouvelles opérations sur des malades de mon service et sur ceux qui m'ont été adressés par des confrères. J'ai plus particulièrement à remercier ici mon collégue à l'hôpital du Midi, M. Puche, MM. Marchal (de Calvi) et Grisolle, professeurs agrégés. De nouvelles observations seront donc ajoutées à celles qui ont été remises à l'Académie de médecine; car au lieu de six succès, j'en compte aujourd'hui près de vingt. Les premières opérations datent déjà de plus de dix mois. En donnant le nom et la demeure des opérés, j'ai mis les commissaires de l'Académie à même de constater les résultats définitifs de ma méthode opératoire.

(1) J'entends par varicocèle les varices des veines du cordon spermatique, comme celles des autres veines des bourses.

Les nouvelles observations ont nécessairement fait naître de nouvelles considérations pathologiques et thérapeutiques, que j'ajouterai ici pour compléter mon travail.

Comme le varicocèle, selon d'excellens esprits, constitue plutôt une infirmité qu'une véritable maladie, avant d'examiner la valeur de ma méthode, on voudra s'enquérir de sa nécessité; on se demandera, sans doute, s'il y a lieu de tenter raisonnablement, par une opération, la cure radicale de ces varices, et s'il ne serait pas plus sage de se borner à l'emploi des moyens palliatifs. Pour me conformer à l'esprit qui peut dicter cette très sérieuse objection, je soumettrai à la question de pathologie celle de médecine opératoire. Ainsi, dans ce mémoire, je traiterai : 1° de la pathologie du varicocèle ; 2° de la médecine opératoire du varicocèle, 3° et comme pièces à l'appui de ces deux premières parties, je relaterai quatorze observations de succès obtenus par ma nouvelle méthode.

PATHOLOGIE DU VARICOCÈLE.

§ I. C'est surtout le pronostic du varicocèle que je vais examiner, c'est-à-dire son degré de gravité. Dans la seconde partie, j'établirai le degré d'innocuité de mon opération. Ce sont là les deux termes du problème dont la solution sera étayée par des faits authentiques.

Je commence par dire, très haut, qu'on peut être porteur d'un varicocèle, sans la moindre incommodité. De pareils faits sont très rares ; ce qui n'est pas rare, c'est l'absence de toute douleur. J.-L. Petit cite un postillon qui courut la poste pendant vingt-cinq ans, avec un énorme varicocèle dont il n'avait nul souci. A l'hôpital du Midi, j'ai traité, d'un bubon, un vieillard qui portait un varicocèle double des

plus volumineux, et cela, sans suspensoir et sans le moindre besoin de se débarrasser de ces tumeurs, même en présence de nombreux succès qui lui fournissaient la double preuve de la possibilité de la guérison et de l'innocuité du procédé. Cependant, on trouvera quelquefois des sujets qui, par le fait seul des varices dans les bourses, seront en proie à de cruelles souffrances; on verra, en analysant mes observations, qu'il est des malades qui ne pouvaient supporter le frottement des pantalons sur les bourses; le suspensoir même faisait cruellement souffrir un de mes opérés. Quelquefois ce sont des démangeaisons qui, pour certains malades, sont pires que la douleur elle-même. On peut lire, dans la brochure de M. Landouzy, l'observation d'un malade de M. Breschet qui comparait ses souffrances aux douleurs produites par les pinces employées par ce professeur pour la cure radicale du varicocèle. Or, il est facile de se faire une idée de la douleur occasionnée par ces pinces, quand on a assisté à une seule de leur application. J'ai opéré avec succès un malade qui avait déjà subi l'application des pinces de M. Breschet, et qui avait été inutilement soumis à la ligature de M. Ricord. Il n'y a que de vives douleurs ou de cruelles angoisses qui puissent contraindre un homme à lutter ainsi contre les récidives, et à faire l'essai toujours fort triste de trois chirurgiens et de trois procédés. Il est parfaitement avéré aussi que quelques varicocèles innocens, pendant de longues années, ont fini par amener des conséquences graves pour ceux qui les ont portés avec une espèce d'insouciance. Ainsi le courrier dont parle J.-L. Petit, se livra à sa pénible profession, pendant vingt-cinq ans, malgré une tumeur volumineuse des bourses; mais ce même courrier fut mis enfin à pied par la force du mal, qui nécessita une opé-

ration des plus graves. J'ai actuellement dans mon service, à l'hôpital du Midi, un malade dont les varices du cordon testiculaire se sont spontanément enflammées, ce que lui a fait courir des dangers réels. D'ailleurs, quand on a un varicocèle d'un côté, c'est une raison pour en voir pousser quelquefois un autre du côté opposé, et presque toujours il y a un empatement des bourses, qui, avec le varicocèle, constitue une infirmité fort gênante. Les chirurgiens prudens, les opérateurs les plus circonspects, trouveront donc une indication suffisante pour opérér, quand le varicocèle sera douloureux au point que nous venons d'indiquer, quand il sera le siége d'un prurit insupportable, quand il causera des tiraillemens vers les aines, vers les lombes, qui rendront certains travaux impossibles, l'exercice on ne peut plus pénible, et surtout, quand le varicocèle pourra avoir les conséquences de celui qui a été observé par J.-L. Petit. D'ailleurs, beaucoup de chirurgiens se rappelleront ici qu'ils ont pratiqué eux-mêmes des opérations plus dangereuses pour des lésions qui étaient moins incommodes et moins graves. Je prie mes adversaires de bien noter cette circonstance.

§ II. Je vais examiner le pronostic sous un autre point de vue.

Le varicocèle peut être bien moins douloureux, il ne sera le siége d'aucune sensation anormale, il ne compromettra pas directement la vie, mais il pourra avoir une gravité d'une autre nature : c'est quand il deviendra une cause réelle d'impuissance. On sait que parfois les varices des veines le plus en rapport avec la substance du testicule compriment progressivement ce parenchyme, atrophient cette glande qui finit par être impropre à la fécondation. Que cette atrophie s'effectue par ce mécanisme ou autrement, elle n'en demeure pas

moins un des faits les mieux établis de l'histoire du varicocèle parvenu à un degré avancé. Dans certaines positions sociales, l'impuissance peut être considérée comme un faible inconvénient; mais, dans des conditions opposées, elle devient quelquefois un vrai malheur. Alors le varicocèle n'est pas seulement un cause individuelle de chagrin; une famille entière en supporte les conséquences, car elle peut ainsi s'éteindre. Ces circonstances sont de nature à influencer les déterminations thérapeutiques, surtout si on considère que, quand un côté est affecté, l'autre l'est plus ou moins. C'est dans un cas de varicocèle double que j'ai observé la voix de castrat laquelle a pris un caractère mâle après l'opération. Le praticien puisera dans ces considérations une indication légitime pour l'opération de la cure radicale du varicocèle. Cette indication sera bientôt fortifiée par ce que je dirai de l'innocuité des opérations que j'ai à proposer.

§ III. Comme toutes les maladies chroniques des organes génitaux, le varicocèle a de fâcheuses influences sur le moral; comme dans tous les cas de varices, il y a aussi, avec le varicocèle, un certain affaiblissement des forces physiques. En effet, la compression progressive opérée par les veines variqueuses sur le testicule doit amener peu-à-peu cet abattement caractéristique des forces qui paraît moindre qu'après une action instantanée et violente sur cette glande, mais dont les conséquences sont plus graves, car l'action ici est permanente. C'est ainsi que des sujets atteints de varicocèle reculent devant la moindre fatigue; pour eux, une simple promenade est une véritable corvée. J'ai vu un ouvrier inondé de sueur et haletant, parce qu'il s'était un peu pressé pour monter un premier étage. On a observé des

malades qui, à leur lever, ne pouvaient se permettre quelques pas dans leur chambre sans suspensoir.

Il est de la plus grande importance de distinguer cette faiblesse de celle qui se lie à la plupart des varices, par exemple, à la faiblesse des vieillards affectés de dilatations variqueuses sur plusieurs parties du corps. Ici la faiblesse est l'effet de l'âge ; elle est antérieure aux varices, elle en est souvent une des principales causes : tandis que, chez le porteur d'un varicocèle, ce sont les varices elles-mêmes qui, pour ainsi dire, dépriment les forces ; la faiblesse est alors l'effet et non la cause. On voit, tout de suite, les conséquences de cette distinction pour le traitement.

Avec l'atrophie du testicule, il y a atrophie du canal déférent. Cette atrophie consécutive qui n'a pas été notée, que je sache, diminue le calibre de ce conduit, elle peut l'oblitérer et annuler ainsi les fonctions du testicule ; cette atrophie fait qu'au moment de l'opération, on éprouve quelquefois des difficultés à trouver le canal déférent, surtout quand on n'est pas prévenu de ce fait d'anatomie pathologique.

§ IV. Quelques mots sur l'état moral des malades affectés de varicocèle : il en est qui n'osent rien entreprendre ; ce ne sont pas seulement les forces physiques qui semblent déprimées par le varicocèle, l'esprit en reçoit des atteintes réelles. Comme le corps, il devient paresseux et lent, et il n'y a rien de viril dans ses conceptions, dans ses œuvres. Un pareil état répand sur la vie un ennui, une amertume, qui la rendent à charge ; aussi les idées de suicide ne sont-elles pas extrêmement rares chez ces malades. Un médecin en chef d'un hôpital d'une ville importante de France s'était rendu à Paris pour consulter sur un varicocèle, bien décidé, disait-il, à se brûler la cervelle si on ne lui

promettait pas une guérison. Ce n'est pas toujours parce que le sujet a vu constaté son varicocèle, ce n'est pas toujours la contemplation abusive de ses varices qui l'a plongé dans une hypochondrie dont l'esprit aurait l'initiative ou la plus grande part. Il arrive, plus rarement, à la vérité, que l'esprit souffre dans l'ignorance complète d'un mal physique. Ainsi, j'ai donné des soins à un artiste distingué qui avait des idées très mélancoliques ; je fis la découverte, chez lui, d'un varicocèle peu volumineux dont il ignorait l'existence et qui ne lui causait aucune douleur. L'opération ramena le calme dans son esprit et changea complétement son humeur, qui n'eut plus rien de triste. Depuis cette opération, j'ai eu connaissance d'un autre fait de ce genre. Ici le malade sait bien qu'il possède un varicocèle ; mais il a ignoré, jusqu'à ce jour, que les mille maux dont il se plaint, et dont l'existence matérielle n'a pu être constatée par aucun médecin, il a ignoré, dis-je, que le point de départ de ces maux était dans l'état variqueux des bourses.

Ainsi, au point de vue de ses effets sur l'esprit, le varicocèle a une véritable gravité, car il rend la vie difficile, pénible, insupportable même. On a donc pu raisonnablement puiser dans cet ordre de faits une indication pour une opération chirurgicale, surtout depuis qu'il a été prouvé que celle-ci n'est pas grave.

§ V. L'histoire, d'ailleurs, nous offre des preuves indirectes en faveur de la cure radicale. La lecture de nos devanciers apprend, en effet, qu'on se livrait autrefois à des opérations très graves pour guérir le varicocèle. Ainsi, on a extirpé, pour cela, les veines variqueuses, on les a attaquées par le feu, on a pratiqué des excisions des bourses, et même l'extirpation du testicule. Il est possible

qu'on n'ait pas toujours opéré, alors, pour des varicocèles, et je ne suis pas éloigné de croire à certaines erreurs de diagnostic de la part de nos premiers maîtres, car je ne suis pas de ceux qui admettent leur infaillibilité. Mais je suppose encore moins l'erreur constante à l'endroit de leur diagnostic, et je dis que si des hommes sages et d'un talent incontesté ont souvent pris de graves déterminations pour arriver à la cure radicale du varicocèle, c'est qu'ils ne manquaient pas de bonnes raisons pour cela.

§ VI. Enfin, le varicocèle étant un cas de réforme, peut briser une vocation militaire. J'ai déjà opéré plusieurs remplaçans, et reçu dernièrement du conseil de révision des hommes d'ailleurs taillés en robustes soldats et qui étaient privés de servir leur pays à cause de leur varicocèle. J'ai pu les rendre à leur drapeau. Le fils d'un officier supérieur languissait humblement dans une carrière très peu en harmonie avec les goûts et les inspirations qu'il avait puisés dans sa famille; il peut aujourd'hui suivre la carrière des armes. Deux hommes qui voulaient entrer au service de l'octroi ne furent admis qu'après le succès de mon opération. L'auteur des revues cliniques de *la Gazette des Hôpitaux* voulant connaître la manœuvre de mon opération, se rendit à l'hôpital du Midi. Au moment de l'opération, il demanda au malade pourquoi il était venu réclamer mes soins : « Monsieur, répondit simplement le malade, je suis boulanger; avec ce varicocèle, il m'est impossible de travailler pour vivre. » Voilà donc encore des circonstances qui militent on ne peut mieux en faveur de la cure radicale.

D'ailleurs, mon projet n'est pas de venir exposer ici un sombre tableau du varicocèle pour prouver qu'il faut tou-

jours l'opérer (1), et conclure ensuite à l'adoption de mon procédé dans tous les cas. Ce serait là peut-être un sujet de thèse; mais elle aurait, je crois, peu de succès auprès des praticiens auxquels je m'adresse, car l'absolu est toujours mal accueilli par le bon sens. J'aurais même supprimé cette partie de mon travail, si je ne savais que plusieurs médecins très recommandables pensent encore comme Boyer et Cooper (comme d'ailleurs j'ai pensé et écrit), et excluent la médecine opératoire proprement dite du traitement du varicocèle.

MÉDECINE OPÉRATOIRE DU VARICOCÈLE.

§ Ier. Si le rejet de la médecine opératoire du traitement du varicocèle ne reposait que sur une question de pronostic, si c'était seulement dans son peu de gravité qu'on eût trouvé les motifs de cette exclusion, je n'aurais rien à ajouter, car j'ai suffisamment prouvé, je pense, que le varicocèle est quelquefois une maladie grave. Mais, à l'argument puisé dans le pronostic, les fauteurs absolus de la cure palliative ajoutent des argumens tirés de l'insuffisance et du danger des opérations pratiquées sur les veines variqueuses du scrotum.

Il y a ici deux erreurs qui naissent, comme presque toutes les erreurs médicales, d'une analogie non suffisamment contenue par l'observation.

La première erreur, celle qui porte sur l'insuffisance des opérations, vient surtout de ce qu'on confond les varices des bourses avec les autres varices, et d'une imperfection dans la

(1) Cette phrase a été ainsi prononcée à l'Académie : elle a été ainsi reproduite, avec son développement, par les journaux qui ont donné des extraits de mon travail, et c'est en analysant ces extraits qu'un critique me fait dire que je propose toujours l'opération !

médecine opératoire. La seconde erreur, qui est relative au danger des opérations applicables au varicocèle, vient aussi d'une fausse analogie, et de ce qu'on ne distingue pas assez parmi ces opérations, et peut-être parce que l'on dédaigne les progrès récens de la médecine opératoire.

§ II. Une erreur d'étiologie et une observation incomplète ont fait considérer le varicocèle comme appartenant à une classe de maladies et à une classe de malades dont la guérison radicale est presque impossible. Ainsi, on verra encore, dans Delpech, cette opinion erronée, que le varicocèle est rare chez les jeunes gens, tandis qu'il serait fréquent chez les vieillards. Or, c'est de 10 à 30 ans qu'on observe le plus le varicocèle, et c'est ordinairement de 20 à 28 ans qu'il tourmente le plus les malades (1). Ici apparaît déjà une différence entre les varices du scrotum et celles des autres parties du corps, lesquelles sont l'apanage surtout de la vieillesse. De plus, ces dernières varices ont souvent une tendance extraordinaire à se généraliser avec l'âge, parce que, dépendantes de causes diathésiques, générales, persistantes, elles prennent le caractère de ces causes. Au contraire, les principales influences sous lesquelles le varicocèle se développe ont un temps et une action limités. Ainsi l'abus des plaisirs vénériens, l'équitation, la danse, les marches forcées, les orchites, enfin, toutes ces excitations, ces irritations et les phlegmasies de l'appareil génital, presque toutes ces causes n'agissent que pendant une période de la vie, et elles sont, comme le disent les pathologistes, *occasionnelles*; elles ne sont ni permanentes ni générales; leurs

(1) Voici l'âge des malades qui m'ont fourni les observations qu'on trouvera à la troisième partie de ce mémoire :

20 ans, 20, 21, 21, 21, 22, 22, 24, 25, 25, 25, 26, 26, 28.

effets demeurent donc, la plupart du temps, locaux. Aussi voit-on rarement les varices des bourses avec d'autres varices, soit aux membres, soit même à l'anus. On constatera, en effet, dans mes observations, qu'aucun de mes malades n'avait des hémorrhoïdes; un seul avait des varices aux jambes.

§ II. Les bornes de la sphère d'action de certaines causes doivent, le plus souvent, amener la localisation du mal; ce qui justifie l'emploi d'un moyen topique ou d'un procédé opératoire. La limitation dans la durée des causes peut faire supposer aussi des bornes à la durée de la maladie, et, par conséquent, la cure spontanée de cette maladie après la cessation de ces causes. C'est ce qui peut arriver au varicocèle. Cette dernière considération, savoir, la cure spontanée du varicocèle, qui semble défavorable à mon système, n'est, en réalité, contraire qu'à ceux qui opèrent à tout prix et toujours. Il semble réellement qu'on pourrait m'objecter, avec le plus grand avantage, qu'une maladie dont la terminaison heureuse et naturelle est possible, ne nécessite aucune opération. Or, cette cure spontanée du varicocèle est un phénomène rare, et, avant d'avoir lieu, la tumeur des bourses peut causer tous les inconvéniens, les désordres moraux et physiques que j'ai déjà signalés. D'ailleurs il est des malades qui n'acceptent pas patiemment les lenteurs de la nature dans l'exécution de ses procédés. Au reste, l'opération que j'aurai à proposer n'est pas une mutilation: son procédé, au contraire, se rapproche de celui de la nature; de sorte que je ne fais qu'abréger les efforts naturels, quand ceux-ci doivent se produire, je les provoque et les aide dans les cas d'insuffisance de l'organisme, pour commencer ou achever la cure radicale.

Ainsi, j'ai opéré un malade qui avait un varicocèle double; celui du côté droit étant très peu avancé, je me contentai de lier les veines du côté gauche. Eh bien! celles du côté droit sont revenues à l'état normal. Ce malade a été opéré pendant que je suivais encore le procédé de M. Reynaud; mais je fis deux ligatures, une très voisine du testicule, l'autre très voisine de la racine de la verge. Ce fait fera nécessairement naître deux réflexions : on me dira qu'ici l'opération était inutile, et que, puisque la nature a guéri le varicocèle droit, elle aurait pu être aussi bienfaisante pour le gauche. J'en doute fort, car, du côté gauche, les veines avaient un développement énorme; elles étaient d'ailleurs si sensibles, que le contact même du suspensoir était douloureux. Il ne pouvait donc s'en servir, et était dans l'obligation de garder presque continuellement la position horizontale. Une objection plus fondée serait celle qui porterait sur la pratique que j'ai suivie quand j'ai opéré, plus tard, les deux côtés en même temps, comme le prouvent trois observations relatées par moi. Mais ici le côté droit était si développé, que je n'ai osé confier à la nature seule sa guérison; il y avait même un de ces malades qui avait le varicocèle droit plus volumineux que le gauche qui l'était beaucoup.

§ IV. J'ai dit qu'un autre argument dirigé contre la cure radicale, celui du danger de l'opération, avait aussi sa source dans une analogie forcée, dans la confusion des anciens avec les nouveaux procédés, et peut-être dans le dédain des progrès récens de la médecine opératoire.

En effet, on a assimilé les veines des membres inférieurs à celles du cordon spermatique : or, comme les opérations pratiquées sur la saphène ont eu trop souvent des suites extrêmement graves, et cela pour acheter des guérisons

presque toujours incomplètes ou avec récidive, il est des praticiens qui ont conclu au rejet des opérations pour les varices des bourses, par les mêmes motifs qui les avaient portés à exclure la médecine opératoire du traitement des varices des membres inférieurs. Mais quelle différence pour le calibre entre la veine saphène à la cuisse, et même à la jambe, et les diamètres des veines du cordon spermatique. Or, plus le calibrede la veine sur laquelle on opère est considérable, plus les dangers sont grands. Il en est de même des blessures des veines : la gravité, la fréquence des accidens sont en raison directe des diamètres de ces vaisseaux.

Dans l'appréciation des dangers de l'opération, il serait injuste et tout-à-fait illogique de prendre, pour élémens, les procédés anciens complétement abandonnés. Ainsi, traverser les veines avec le fer rougi, ouvrir les bourses pour mettre à nu le plexus veineux et même le testicule, lier les veines ainsi dénudées, les diviser largement pour les vider, enfin, extirper les varices avec ou sans ligatures préalables, en venir jusqu'à l'ablation du testicule : tous ces vieux procédés constituent une médecine opératoire fort dangereuse et justement réprouvée; car, de ces opérations, la moins irrégulière a des dangers réels, et il n'en est aucune qui ne soit de nature à allumer l'inflammation à un haut degré, aucune qui ne provoque au moins la suppuration, non-seulement des tissus qui entourent les veines, mais *des veines elles-mêmes*. Dans tous ces procédés, le contact de l'air aide l'action des moyens énergiques appliqués sur les veines pour déterminer leur inflammation, et souvent cette inflammation éclate avant l'oblitération de ces vaisseaux, ce qui est la circonstance la plus fâcheuse.

Il faut donc, dans l'appréciation des moyens fournis par la médecine opératoire, éliminer tous les procédés antérieurs à l'espèce de renaissance de l'opération du varicocèle, qui date de 1830. On devra noter ici cette époque, parce qu'elle marque le point de départ des opérations bénignes pour la cure radicale du varicocèle, et, ce qui est plus important pour l'histoire de la chirurgie, c'est encore l'époque de la première formule complétement régulière d'une opération sous-cutanée.

M. Gagnebé, dans une thèse soutenue à Paris en 1830, mettant à profit les travaux de J. Hunter, de Delpech, de MM. Andral, Cruveilhier, Breschet, Blandin, Velpeau, Briquet, considéra la phlébite comme pouvant être produite par l'action de l'air sur les veines du cordon spermatique, et inventa la ligature sous-cutanée des veines. Cependant, ce n'est pas la méthode de M. Gagnebé qui fut d'abord employée par le plus grand nombre de praticiens : ce fut celle que M. Breschet créa en 1833. M. Breschet étant chirurgien de l'Hôtel-Dieu, se trouva en position de répandre sa méthode et de l'appliquer un grand nombre de fois. Il est peu de praticiens à Paris qui n'ait connu quelque succès dus à l'application des pinces de M. Breschet, et M. Landouzy a écrit une brochure remplie d'observations qui constatent les avantages de cette méthode. Or, cet auteur ne cite pas un seul revers grave. Le mot *succès* que je viens d'employer ne signifie pas absolument *cure radicale ;* car, dans cette partie de mon travail, j'ai seulement pour but de prouver le degré d'innocuité des opérations nouvellement proposées pour la cure du varicocèle. Or, pour faire cette preuve, j'ai jugé convenable de citer la méthode qui a été le plus souvent employée, celle dont les résultats ont reçu le plus de publicité, celle de

M. Breschet, enfin, et je trouve dans la science ceci : Les succès ont été constans, ou mieux, cette méthode a été constamment innocente. Je sais qu'on a beaucoup parlé d'un malade qui aurait succombé à la suite d'une de ces opérations ; mais on lit dans une bonne thèse de M. Jeanselme ces mots : « J'ai voulu prendre des renseignemens positifs à cet égard. Tous les détails de ce fait m'ont été communiqués avec une scrupuleuse exactitude par mon ami M. Desprès, prosecteur à la Faculté de médecine, qui a assisté à l'opération et donné des soins au malade. Or, il résulte de ces détails, qu'on ne saurait rendre l'opération responsable de ce malheur, qui ne pourrait, en réalité, qu'être attribué à des imprudences réitérées du malade. »

Pour mon compte, j'aurais préféré la publication de tous les détails de cette intéressante observation à un simple énoncé de la cause de la mort. Mais admettons l'explication la plus défavorable à cette opération, admettons un mort sur un si grand nombre d'opérations pratiquées par M. Breschet et ses élèves, et nous pourrons encore conseiller l'opération dans le cas de varicocèle ; seulement on donnera la préférence à des procédés moins douloureux et qui mettront d'une manière plus sûre le malade à l'abri d'une récidive.

Si, avec toute la sévérité possible à l'égard de la méthode de M. Breschet, on ne trouve qu'un insuccès, et cela quand on sait que cette méthode est employée depuis dix ans par un chirurgien des mieux placés pour multiplier ses essais, il faut convenir que l'opération en elle-même est bien bénigne.

Dans cette question de l'innocuité, j'ai préféré emprunter les faits à une clinique étrangère. Si j'avais voulu juger avec ma pratique, j'aurais pu avancer qu'à l'hôpital du Midi, un

des postes les plus favorables pour multiplier les opérations de ce genre, j'ai pu déjà opérer, aujourd'hui 3 septembre 1844, quatre-vingts sujets, sans observer chez aucun d'eux le moindre accident. Cependant ces succès, très encourageans, seraient-ils encore plus nombreux et plus beaux, ne me feraient jamais conclure à l'infaillibilité de ma méthode. On sait aujourd'hui mieux que jamais ce qu'on doit penser des méthodes qui ont cette coupable prétention. Ce que je puis avancer en toute conscience, c'est que l'opération du varicocèle, telle que je la pratique, est une des plus innocentes de la chirurgie. Si je n'interrogeais que ma pratique, et si j'oubliais les leçons de l'histoire, je déclarerais ma méthode complétement innocente. Ainsi, pour rester dans la réserve d'une parole portée devant des hommes sérieux, je dirai : ce qu'il y a de mieux prouvé pour moi, c'est le peu de danger des opérations de varicocèle soumises aux principes d'abord émis et appliqués par M. Gagnebé.

Voici le procédé que j'ai suivi jusqu'à présent ; c'est celui de M. Reynaud, de Toulon, avec une légère modification.

A. *Description du procédé Reynaud, modifié par l'auteur.*

§ Ier. Une aiguille droite, forte et terminée en fer de lance, est taraudée à l'autre extrémité dans le sens de son axe ; une extrémité d'un fil d'argent très flexible du diamètre d'une grosse épingle est vissée sur cette aiguille ; le fil semble donc une continuation de l'aiguille.

L'opérateur sépare les vaisseaux variqueux du canal déférent. Celui-ci est rejeté en dedans et en arrière du côté de la cloison des bourses et de la racine de la verge. Les vaisseaux variqueux sont saisis et serrés en un seul cordon, par

le pouce et l'index de la main gauche : ces vaisseaux se trouvent, dès-lors, dans un pli de la peau que les doigts ont soulevé, et qu'ils bornent en arrière. L'extrémité de ces doigts sert de guide pour l'entrée et la sortie de l'aiguille ; celle-ci entre du côté de l'index, et sort du côté du pouce ; elle entraîne le fil d'argent. Une anse de ce fil est, en conséquence, passée derrière les veines variqueuses ; les deux bouts sortent ainsi par les deux ouvertures du scrotum, qui se trouvent à une distance d'un pouce ou un peu plus l'une de l'autre. Entre ces deux ouvertures est placé le globe d'une petite bande. C'est sur cette espèce de coussinet que le fil est noué. Au-dessous de ce nœud on passe la sonde cannelée qui représente le bâtonnet du compresseur des artères, et on le fait tourner comme lui.

Il est facile de comprendre toute la simplicité de cette manœuvre. Si une constriction trop forte amenait de trop vives douleurs, ou faisait naître une inflammation intense, il suffirait de faire faire au bâtonnet un tour en sens opposé aux tours qui ont serré le fil, et *vice versa*. On pourrait aussi, si l'inflammation avait une tendance à devenir phlegmoneuse, enlever le coussinet et appliquer des topiques émolliens. Dès que l'ordre se serait rétabli, on remettrait la compresse sous le nœud, et on appliquerait la sonde cannelée comme nous l'avons indiqué plus haut. Mais je me hâte d'ajouter que toujours, j'ai eu à serrer l'appareil au lieu de le desserrer. Tous les trois jours, on tourne la petite tige en fer dans le sens de la constriction, laquelle est ainsi graduellement augmentée, sans que, pour serrer, on soit obligé de relâcher momentanément le fil.

Le quinzième jour tout peut être coupé par le fil, qu'on trouve tout-à-fait sous-cutané, ou qui a déjà attaqué la

peau elle-même. Pour avoir la complète certitude de ne laisser échapper aucune veine, on peut couper le pont de peau avec un bistouri, comme le faisait M. Reynaud, ou bien laisser le fil, qui opère lui-même cette section. Le plus souvent je n'attends pas, et j'opère la division de la peau.

Ce procédé est, de tous, le plus simple, le plus facile. C'est celui qui résout le plus péremptoirement la question de l'innocuité : les faits de ma pratique particulière, ceux recueillis dans mon service à l'hôpital du Midi, ne laissent aucun doute à cet égard. Peut-être ce procédé ne fait-il pas éviter d'une manière plus sûre la récidive que les procédés de M. Breschet, de M. Velpeau, car il se borne à intercepter la circulation veineuse sur un point du cordon spermatique et sur une partie de la peau du scrotum, afin de favoriser la formation de caillots oblitérans, et, comme conséquence désirable, la transformation des veines en cordons pleins. Mais il est probable que plus d'une fois, quel que soit le procédé de ligature mis en usage, le sang parcourt de nouveau les veines liées; ou bien alors elles n'ont pas été complétement oblitérées, ou bien il y a eu rétablissement de leur cavité, dû à l'absorption plus ou moins complète des caillots. Ces circonstances me déterminèrent à lier les veines à deux hauteurs différentes. J'ai donc souvent appliqué deux ligatures : une supérieure, au voisinage de la racine de la verge, l'autre près du testicule. Je ne serrais d'abord que la ligature supérieure, l'autre devenait alors une ligature d'attente que j'étreignais plus tard. Cette double ligature laisse bien moins de chances à la récidive; mais on peut encore l'observer, malgré l'interception du sang sur deux points des veines, à deux hauteurs différentes. En effet, ces veines conservant une longueur exagérée, permettent encore au testicule de rester

à l'état de prolapsus, ce qui est une cause de récidive des plus puissantes. J'ai donc conçu et exécuté le projet, non-seulement *d'oblitérer*, *de diviser les veines du cordon spermatique à plusieurs hauteurs différentes*, mais encore *de raccourcir le cordon spermatique pour produire une véritable ascension du testicule*, et cela par une opération bien simple, par une seule ligature. Pour remplir cette double indication, j'enroule les veines du cordon autour de deux fils d'argent, comme une corde est enroulée sur un treuil.

A. *Procédé nouveau. — Enroulement des veines du cordon spermatique.* — Le premier temps est absolument semblable au premier temps du procédé déjà décrit. Il consiste à passer un fil d'argent derrière les veines du cordon spermatique. Pour cela, la même aiguille qui a servi au précédent procédé est armée d'un fil d'argent un peu moins fort que le stylet aiguillé de nos trousses. Le fil et l'aiguille traversent les bourses, guidés par le pouce et l'index, qui ont préalablement opéré une séparation entre les veines et le canal déférent. Celui-ci a été porté en arrière, les veines sont poussées en avant dans un pli de la peau. Le second temps consiste à passer, avec une même aiguille, un autre fil d'argent en avant des veines, afin que ces vaisseaux soient entre deux fils. Pour cela, l'index et le pouce, qui étaient en arrière des veines, sont portés en avant d'elles, et pincent la peau dans ce sens pour y ramener les deux ouvertures par où sortent les deux bouts du fil d'argent déjà placé.

En pliant un peu ce fil, qui décrit alors un arc à convexité postérieure, on peut rapprocher beaucoup les deux ouvertures. De cette manière on raccourcit et on redresse singulièrement le trajet que le second fil a à parcourir. C'est donc par la même ouverture d'entrée, et par la même ouverture

10.

de sortie, qu'on introduit et qu'on retire le second fil. Le fil qui est antérieur aux vaisseaux, une fois placé, on redresse le plus possible celui qui en est postérieur; l'antérieur alors se courbe un peu : les veines sont donc entre les deux fils, lesquels ont encore leurs extrémités libres.

Ici commence le troisième temps : il consiste à tordre les extrémités des fils.

D'abord la torsion n'agit que sur eux : les fils forment alors une anse qui contient les veines; elle va toujours en se resserrant. Ce premier mouvement de torsion réduit le plexus veineux à l'état de véritable cordon. Mais en continuant la torsion, les deux fils se resserrent toujours plus, et tendent à former aussi un cordon ayant une certaine résistance. En tournant sur son axe, ce cordon métallique doit entraîner dans son mouvement de rotation les parties comprises entre les deux fils qui le composent. C'est ainsi que les veines s'enroulent sur ce double fil métallique, comme la corde s'enroule sur le treuil.

Or, ces veines ont un point fixe du côté de l'abdomen, qui ne cède pas, tandis que leur extrémité inférieure fait corps avec le testicule, qui peut être mobilisé et déplacé. Cet organe est donc porté vers le point fixe, en haut, vers l'abdomen.

Plus on fait de tours, plus le testicule est hissé. La laxité du tissu cellulaire des bourses favorise singulièrement ce mouvement d'ascension du testicule.

Il s'est formé une espèce de peloton dont la bobine est représentée par un cordon en argent dont les deux bouts sont réunis en avant. On place alors un petit globe de bande sur la peau qui est entre l'entrée et la sortie du cordon métallique, dont les deux bouts sont fixés sur ce tampon par une

nouvelle torsion ; puis on passe sous ce cordon une sonde cannelée, à laquelle on imprime le même mouvement, qui fait tourner le compresseur des artères appelé garrot.

Il y a donc : 1° enroulement des veines sur les fils d'argent ; 2° compression de ces veines qui sont entre les fils et devant les fils ; 3° puis, section de ces vaisseaux à divers degrés de hauteur, autant de degrés qu'il y a de tours. On fera bien de laisser les fils couper la peau, ou de l'inciser, car les veines superficielles qui n'appartiennent pas au cordon, et qui rampent entre lui et la peau, seront ainsi divisées ; ce qui est une nouvelle chance contre la récidive. D'ailleurs, les principales veines du cordon, en s'enroulant sur les fils, entraînent, avec elles, une foule de petites veines qui échappent à la ligature ordinaire. Ainsi, tandis que les ligatures sous-cutanées ordinaires ne divisent que les veines principales du cordon (quand elles les divisent), ma ligature, avec enroulement préalable, ramasse et les veines principales du cordon, et les veines qui l'unissent aux diverses enveloppes des bourses, et les veines immédiatement sous-cutanées, celles aussi qui semblent sillonner le tissu même de la peau, car j'ai soin, quand le varicocèle est ancien, quand il y a des veines superficielles variqueuses, de comprendre ces veines dans le point de la peau qui doit être divisé alors je laisse le pont de peau très large.

OBSERVATIONS (1).

OBS. I. — *Varicocèles à gauche.* — Salle IIe, n° 12, A. R., 20 ans, entré le 7 décembre, sorti guéri le 22 janvier. — Ce jeune homme est né de parens bien portans, et n'offrant en au-

(1) Toutes ces observations ont été recueillies par M. Dumoulin, interne de mon service.

cun point du corps des traces de varices. Il est lui-même d'une assez forte constitution; il a les apparences de ce qu'on appelle tempérament lymphatico-sanguin. Pendant son enfance, il eut des bronchites fréquentes qui déterminaient souvent de violens accès de toux. Il s'est livré à la masturbation; il a eu, d'assez bonne heure, des rapports sexuels; de plus, sa profession le fatigue beaucoup; il fait de longues marches.

A l'âge de 17 ans, il reconnut déjà que le scrotum gauche était plus volumineux, et descendait plus bas que le droit; il éprouvait une pesanteur marquée à gauche quand il marchait. Il y a dix-huit mois, il eut un chancre au prépuce, dont il fut guéri par M. Puche. Depuis lors, il a toujours porté un suspensoir, ne s'est livré au coït que rarement, mais il a toujours marché beaucoup. Depuis six mois surtout, le varicocèle a fait des progrès sensibles; le scrotum gauche lui paraît très lourd, et détermine des tiraillemens, surtout dans la cuisse gauche, dans l'aine du même côté, quelquefois, mais rarement, du côté des reins. Vers le milieu de novembre 1843, le sentiment de pesanteur devient insupportable, se change en une véritable douleur qui s'irradie fortement jusque dans les lombes.

A. R. entre le 7 décembre 1843 à l'hôpital du Midi. On le laisse se reposer une quinzaine de jours. Sous l'influence de ce repos au lit, le varicocèle ne diminue point; dès que le malade se lève, il se reproduit aussi volumineux.

Le 21 décembre M. Vidal l'opère par le procédé suivant :

Le malade est debout, le chirurgien, assis devant lui, isole les diverses parties du cordon, porte en dedans et en arrière le canal déférent. En dehors de lui un pli de la peau contient les veines dilatées. Le pouce et l'index gauche sont

entre les veines et le canal déférent, et fixent ce pli de peau. La main droite de l'opérateur tient une aiguille de près de 6 centimètres, lancéolée à une extrémité, taraudée de l'autre côté pour recevoir un fil d'argent. Cette aiguille traverse le pli de peau en dedans des veines et en dehors des doigts qui fixent ces mêmes vaisseaux. De cette façon, les vaisseaux et toute la peau au-devant d'eux sont compris dans une anse de fil d'argent qui se trouve en arrière. Les doigts abandonnent le premier pli de peau pour en former un autre devant les vaisseaux; en formant ce pli on rapproche nécessairement les deux ouvertures faites par l'aiguille, et qui sont traversées par le fil d'argent, lequel est un peu plié; par ces mêmes trous on passe une autre aiguille qui traîne après elle un autre fil d'argent: celui-ci est donc placé au-devant. Les vaisseaux variqueux se trouvent donc compris entre deux fils d'argent situés, l'un au-devant et l'autre en arrière, et il n'y a que deux piqûres aux bourses par lesquelles entrent et sortent les deux fils. C'est là le premier temps. M. Vidal tord ensuite, et d'avant en arrière, les extrémités libres des fils d'argent : les vaisseaux sont obligés de suivre le mouvement de rotation des fils qui les serrent; il se fait donc un enroulement des veines sur ces fils, ce qui les raccourcit, et donne lieu par conséquent à une ascension du testicule. Quand cet organe est assez remonté, M. Vidal place sur la peau qui est entre les deux piqûres un rouleau de bande sur lequel il réunit et tord fortement les deux bouts du cordon métallique formé par les fils tordus déjà sur eux-mêmes.

Le malade, ainsi opéré, n'a éprouvé aucun accident; la douleur, assez vive au moment de l'opération, s'est promptement dissipée. De temps en temps, à mesure que

les parties sont coupées, on resserre les fils d'argent en les tordant de nouveau sur la bande. On diminue le diamètre du globe, ce qui diminue d'autant l'étendue de l'arc que forme l'anse des fils pour les amener plus directement l'un vers l'autre.—Le 15 janvier, ces fils sont tout-à-fait sous-cutanés, et le 17, ils ne comprennent plus qu'un très petit espace de peau, dont on opère la section, et on retire les fils. La guerison est achevée. On peut constater alors que la peau et les parties sous-jacentes au niveau de la cicatrice, sont très adhérentes entre elles, que le testicule, loin d'être pendant, est très remonté, et s'est maintenu dans cette position nouvelle depuis l'opération; enfin, qu'en arrière de l'épiderme, l'on sent une sorte de nœud.

Depuis le 17 janvier jusqu'au 22 du même mois, jour de la sortie de ce malade, on l'a fait marcher, se tenir debout pendant long-temps, demeurer dans une chambre très chaude, et toujours on a pu constater le même état des parties: plus de pesanteur dans les bourses, plus de tiraillemens dans l'aine et dans les reins; le testicule gauche, autrefois beaucoup plus bas que le testicule droit, est même un peu plus haut que lui.

Obs. IIe. — N., 20 ans, entré le 11 janvier 1844, sorti guéri le 4 avril 1844. — Ce jeune homme porte depuis fort long-temps, sans jamais en avoir été gêné, un varicocèle considérable à gauche: le testicule de ce côté descend très bas, de plusieurs pouces au-dessous du niveau de l'autre testicule; il est même beaucoup plus petit que l'autre; *il est évidemment très atrophié.*

Aucune sensation de douleur dans l'aine, dans les reins, jamais de coliques; seulement les bourses sont pesantes; aussi le malade porte-t-il habituellement un suspensoir. Le

scrotum, surtout à gauche, présente une grande quantité de veines dilatées et très apparentes.

M. Vidal opère ce jeune homme le 14 février, par sa méthode. Ici, il y a eu des difficultés réelles : non-seulement il a fallu prendre une assez bonne partie de tissus pour saisir tout le paquet variqueux ; mais une veine variqueuse très dilatée ne put être dégagée du cordon testiculaire : la laisser, c'était fortement compromettre le succès de l'opération : aussi M. Vidal se décida-t-il à la saisir, et avec elle, le canal déférent, qui lui était accolé d'une manière si intime. Au moment où l'on fit l'enroulement du cordon, le malade ne parut point souffrir davantage que les malades auxquels on ne lie que des veines ; toutefois, la douleur ne se calma point presque aussitôt, comme chez les autres opérés : elle demeura vive pendant la journée. La nuit, le malade ne put reposer; il y eut de la réaction, quelques coliques, quelques vomissemens. Applications froides sur le scrotum ; 1 décigramme d'opium les deux premiers jours.

Dès le 17 février, plus de douleurs spontanées ; il ne s'en développe que par la pression du testicule, qui s'engorge, devient volumineux, et ne peut plus être séparé de l'épididyme. Il en résulte bientôt une tumeur pâteuse d'abord, plus dure ensuite, qui devient progressivement indolente, et dans laquelle on ne peut distinguer la trace du testicule ou de l'épididyme. On enlève les fils le 2 mars : il reste une plaie de l'étendue de 4 centimètres à-peu-près, peu profonde, mais la lèvre supérieure de cette solution de continuité forme un bourrelet de peau très épais, œdémateux, empâté, qui retarde la cicatrisation ; quand cette partie de peau est tout-à-fait dégorgée, il n'y a plus qu'un lambeau à base assez étroite, qui, pendant plusieurs jours, du 17 au 20 mars, eut

un mauvais aspect. Des cautérisations pratiquées avec le nitrate d'argent entre les bords de la plaie ramenèrent celle-ci à un état meilleur; des bourgeons charnus de bonne nature se développèrent, et tout marcha vers une cicatrisation que l'on aida alors par la réunion des bords avec des bandelettes de diachylon. Aujourd'hui 8 avril, la réunion est complète depuis quinze jours environ; le malade se lève, et ne constate plus la chute du testicule gauche. Je l'ai vu deux fois sortir d'un bain entier d'une heure de durée, et je n'ai vu aucun changement dans les bourses.

Jusqu'au 25 mars, on ne distingua rien dans la tumeur formée dans le scrotum gauche : c'était un noyau assez dur sur lequel on pouvait encore presser fortement sans déterminer de douleur; mais ensuite on reconnut le testicule et l'épididyme, et par la pression on put développer la douleur obtuse et caractéristique, avec sentiment de défaillance, qui suit toute compression du testicule à l'état sain.

Obs. IIIe. — *Varicocèle gauche.* — L., 21 ans, carrier, entré le 10 janvier 1844, sorti guéri le 6 avril 1844. — Cet homme, très robuste, offre les apparences du tempérament dit lymphatico-sanguin, porte un varicocèle à gauche, qui, malgré les travaux rudes auxquels il est soumis, ne l'a jamais gêné; il ne se doutait même pas de son infirmité quand elle fut pour lui un motif d'exclusion du service militaire. Il n'a pas d'autres varices en d'autres points du corps, point d'hémorrhoïdes; jamais il n'a entendu dire que son père fût affecté de varicocèle ou d'hémorrhoïdes. Malgré le peu de souci de son affection, il se rappelle bien que les bourses du côté gauche étaient plus pendantes qu'à droite, surtout pendant les chaleurs, et cela depuis plusieurs années. Ce ne fut qu'au mois d'août dernier, 1843, que ce varico-

cèle causa une gêne sensible, consistant en une pesanteur continuelle quand il était debout, en des tiraillemens dans le cordon du côté gauche, tiraillemens qui n'ont jamais été portés au point de déterminer de la douleur aux reins, ou des coliques.

L'opération de ce varicocèle par l'enroulement des veines dilatées fut pratiquée le 17 février. Aucun accident ne suit cette opération; le malade en est même si peu occupé, qu'il veut se lever dans la journée. Repos absolu au lit; les premiers jours, compresses arrosées d'eau froide sur le scrotum; celui-ci offre de l'empâtement. Pas le plus léger accès de fièvre.

Le 5 mars, on enlève les fils d'argent en incisant jusqu'à eux, avec le bistouri, le pont de peau. La plaie qui en résulte tend à se cicatriser facilement; mais supérieurement le bourrelet de peau formé par l'enroulement demeure assez longtemps engorgé et œdémateux. Plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent sont indispensables pour amener une cicatrisation complète qui a lieu dans les premiers jours d'avril.

Depuis que les fils sont retirés, on a plusieurs fois examiné l'état du cordon après avoir fait marcher le malade pendant quelque temps, et l'on n'a trouvé aucune chute du testicule; il est considérablement remonté; il est au niveau du testicule droit.

Cet homme sort guéri le 6 avril.

Obs. IVe. — *Varicocèle double.* — Salle 10, n° 11. — C., 24 ans, entré le 18 décembre 1842. — Ce malade présente un aricocèle double; celui du côté gauche est, il est vrai, beaucoup plus volumineux que l'autre; mais aussi il a paru plus tôt; de plus, sur le scrotum, du côté gauche principalement, rampent des veines variqueuses. Constitution robuste, taille élevée, vie

sobre et réglée ; aucune veine variqueuse aux membres ; pas d'hémorrhoïdes. Il y a dix ans que le testicule gauche descend beaucoup plus bas que le testicule droit, et qu'il en dépasse le niveau au moins de plusieurs pouces. Cette affection fut pour le malade un motif d'exclusion du service militaire. Malgré cela, C. ne se rappelle en avoir été gêné sérieusement que l'été dernier : la marche étant devenue très difficile dès qu'elle était un peu prolongée, un poids incommode dans les bourses et des tiraillemens dans l'aine et les reins obligeaient le malade à s'asseoir. De plus, le scrotum, ballottant sans cesse entre les cuisses et frottant davantage contre les vêtemens, était devenu le siége de démangeaisons intolérables. Du côté droit, les veines ne sont dilatées que depuis le mois d'octobre dernier ; mais ce varicocèle est peu de chose en comparaison de celui du côté gauche, qui s'accompagne d'une chute du testicule extrêmement marquée.

Le 21 décembre 1843, M. Vidal opère le côté gauche par une simple ligature, d'après le principe de M. Gagnebé, adopté par M. Ricord. Le fil est enlevé le 25 janvier, et douze jours après le varicocèle était aussi considérable qu'avant l'opération. Dans l'espoir d'obtenir une guérison complète, M. Vidal l'opère de ce même côté gauche par son nouveau procédé, l'enroulement des veines, le 14 février, et il serre tout de suite très fortement les fils. Dans cette opération, il a fallu comprendre dans l'anse formée par les extrémités doubles des fils une assez grande étendue de tissus, parce qu'une veine très dilatée, très grosse, suivait la ligne médiane, en arrière du scrotum, et ne pouvait être rappr - chée isolément des veines qui accompagnent le cordon.

Aucun accident ne suit cette opération ; il ne reste plus de douleurs quelques heures après.

Le 26 février, on enlève les fils; la solution de continuité qui en résulte se réunit peu-à-peu.

Le 5 mars, M. Vidal opère le varicocèle du côté droit par le même procédé. Les choses se sont aussi bien passées que la première fois. Ici l'opération a été plus facile, parce qu'on n'a point eu à saisir cette veine médiane déjà liée, dans l'opération du 14 février, sur le côté gauche.

Les fils ont été enlevés le 19 mars, et l'on a essayé immédiatement de réunir les lèvres de cette plaie; mais la réunion avec les bandelettes est difficile à maintenir sur des tissus aussi flasques que ceux du scrotum.

Les deux testicules sont énormément remontés, surtout le gauche. Le malade sort guéri quinze jours après.

Obs. Ve.—Salle 10, n° 25, B., 25 ans, entré le 21 mars.—Constitution assez robuste, bonne santé habituelle; point de varices aux membres, point d'hémorrhoïdes. Depuis sept ans environ le testicule gauche est pendant; il descend plus bas que le testicule droit, mais jamais ce varicocèle n'a gêné le malade, si ce n'est depuis seize mois, époque à laquelle il contracta une blénorrhagie, qui amena une épididymite à gauche. Depuis lors, le varicocèle s'est beaucoup développé, et donne lieu à un sentiment de pesanteur fort incommode, mais jamais de douleurs. Malgré l'usage d'un suspensoir qui ne quittait jamais le malade, les veines se sont dilatées, et le testicule est descendu au point que cet homme est venu lui-même réclamer l'opération.

Sur le scrotum, aucune veine dilatée; il existe une veine qu'on a de la peine à isoler du cordon spermatique, et une autre qui est placée sur la cloison des dartos, et que M. Vidal embrasse à dessein dans la ligature.

L'opération est pratiquée le 26 mars par l'enroulement des

veines. Elle a été assez douloureuse, à cause de l'agitation dans la journée. Quelques coliques, un peu de douleur le long du cordon et dans les veines du même côté; mais tout cela a facilement cédé à des applications froides sur le scrotum, et à deux grains d'opium dans la journée. Dès le lendemain, le malade est parfaitement tranquille, ne souffre point, seulement un peu par la pression sur le testicule qui est légèrement engorgé. Chez cet homme, qui garde le repos le plus absolu, la cicatrisation se fait à mesure que les fils coupent les parties qui sont au-devant d'eux.

Obs. VIe. — *Orchite à gauche.— Varicocèle; opération.* — Salle 10e, n° 21, âgé de 28 ans, cordonnier, entré le 15 février 1844. — Il y a douze ans, une blennorrhagie traitée et guérie par M. Cullerier; il y a un an, encore une blennorrhagie, qui survient trois ou quatre jours après des rapports avec une femme publique; cette blennorrhagie fut douloureuse, cordée, fournit un écoulement abondant. — Le malade se contente de boire de la tisane avec les racines de patience et de fraisier; l'écoulement dura jusqu'au mois d'août, époque à laquelle il fut définitivement arrêté.

Après de nouveaux rapports sexuels, cet homme contracte encore vers la fin d'octobre 1843 une troisième blennorrhagie, peu douloureuse, mais fournissant un écoulement assez abondant. — Tisane avec la racine de patience. L'écoulement dure trois mois; il était très peu abondant, mais encore épais et verdâtre, quand, spontanément, sans cause occasionnelle appréciable, l'épididyme gauche s'enflamme. — Vives douleurs, courbature extrême, brisement des membres, envies de vomir; en outre, un peu de dysenterie vient compliquer cet état. — Dès que le malade se lève, il ressent une douleur très aiguë et une sensation de pesanteur très

grande dans les bourses; même au lit, la douleur s'irradie dans la région des reins et de l'aine du côté correspondant.

Tel est l'état du malade lors de son entrée: il n'y a plus le moindre écoulement.

16 février. Un bain entier. — 15 sangsues au périnée. — Petit lait.

17 février. Amélioration. — Repos absolu au lit; la résolution s'opère; à la fin du mois de février, elle est complète.

Il est facile de voir alors que le scrotum du côté gauche descend beaucoup plus bas que de l'autre côté; les veines du cordon spermatique sont dilatées dans toute leur longueur; il y a varicocèle.

Cette affection n'est point toute récente, et ne reconnaît pas pour cause immédiate l'épididymite, comme cela s'observe assez souvent: elle est ancienne, elle date au moins de huit ans, puisqu'elle a été pour cet homme un motif d'exemption du service militaire. Le malade avoue, du reste, que jamais son varicocèle n'a été si volumineux; l'épididymite lui a donné beaucoup d'accroissement.

Le malade ne sait pas trop à quoi rapporter le développement de son varicocèle; il n'a point de parent qui soit affecté de varices ou d'hémorrhoïdes; il affirme, mais d'une manière embarrassée, il est vrai, ne point s'être livré à la masturbation; toutefois, il a eu des rapports sexuels d'assez bonne heure, puisque sa première blennorrhagie date de l'âge de 16 ans.

Le 11 mars, M. Vidal pratique l'opération du varicocèle par son procédé de l'enroulement des veines du cordon. — Aucun accident le jour de l'opération ni les jours suivans; le pouls a conservé son rhythme normal, aucune espèce de réaction ne s'est manifestée. — Le 25 mars, les fils métal-

liques sont presque sous-cutanés. On pratique la section de la peau qui les recouvre encore. Écoulement d'un sang très rouge venant surtout des artères scrotales : en effet, on peut très bien s'assurer que l'écoulement du sang est superficiel. Compression avec des boulettes d'amadou. — Vers le 8 avril, la cicatrisation est complète, linéaire, et se perd déjà bien dans les plis du scrotum. — Celui-ci demeure un peu œdémateux; l'épididyme est toujours un peu gros : aussi M. Vidal juge-t-il convenable de faire appliquer vingt sangsues au périnée. Cette émission sanguine locale a un bon résultat, elle hâte le dégorgement des parties.

Une fois que celui-ci est complet, on peut s'assurer que le testicule gauche est au niveau du testicule droit, si même il n'est point encore un peu au-dessus.

Cet homme sort guéri le 20 avril 1844.

Obs. VIIe. — *Varicocèle double*. — Salle 9e, n° 9. — B..., âgé de 26 ans, entré le 28 avril, sorti le 29 juin.

C'est un homme né avec une constitution assez forte; ses parens n'ont ni varices, ni hémorrhoïdes. — Il n'a pas de constipation habituelle, il porte depuis très long-temps, sans pouvoir en indiquer l'origine, un varicocèle double. Dans son enfance, il s'est livré avec ardeur à la masturbation; et depuis l'âge de la puberté ses rapports sexuels sont fréquens; en outre, il marche toute la journée. Il a toujours vu ses bourses pendantes, mais jamais au point où elles en sont maintenant; depuis trois ans, à-peu-près, ce varicocèle double a pris un énorme accroissement; les veines du scrotum sont également variqueuses, très gonflées et douloureuses. Il y en a deux surtout qui sont énormes, et dans l'épaisseur de la peau elles sont le siége d'une douleur intolérable. Du côté gauche, le varicocèle est encore plus volumineux qu'à

droite; les veines des cordons spermatiques forment des cordons flexueux, volumineux, résistant sous le doigt; les testicules ont un petit volume; la voix de cet homme est très grêle comme celle d'un castrat. Il va toujours en maigrissant. — Dans le lit, le malade est obligé de porter un surpensoir, sans lequel la douleur et la gêne le réveilleraient.

M. Vidal fait l'opération des deux côtés, dans la même séance, le 9 mai. — Des deux côtés, le canal déférent peut s'isoler aisément.

Douleurs assez vives dans la journée, coliques, quelques nausées. — Le surlendemain, tous ces symptômes ont disparu, le malade est parfaitement bien; point de fièvre.

Du côté gauche, la section est plus promptement faite qu'à droite. M. Vidal enlève les fils le 25 mai à gauche, et le 28 mai à droite. Le 31, application de vingt sangsues au périnée pour faciliter le dégorgement des parties qui se fait peu-à-peu. Quant à la cicatrisation, elle est longue à se faire. Les veines variqueuses du scrotum ont disparu, les deux testicules sont très remontés.—Le malade sort guéri le 29 juin.

Depuis, nous avons eu occasion de le revoir; la guérison se maintient parfaitement, et cependant le malade est allé à la campagne, et a fait de longues courses. Il a acquis un certain embonpoint, et sa voix a pris un timbre mâle.

Obs. viiie. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 10e, n° 21. — D., 25 ans, entré le 11 mai; sorti guéri le 29 juin.

Constitution forte, tempérament lymphatico-sanguin, bonne santé habituelle.

Il y a quatre mois, cet homme eut une blennorrhagie; elle se compliqua d'épididymite à gauche. Avant cette inflammation le testicule gauche descendait plus bas que le droit, mais fort peu; s'il y avait déjà alors varicocèle, il n'était que

très peu considérable; mais depuis l'épididymite, laquelle date d'un mois à-peu-près, la bourse gauche pend très bas, le malade ne peut marcher sans douleur dans l'aine, dans les lombes, dans la cuisse; souvent il ressent des coliques. A son entrée, l'épididyme gauche est encore un peu engorgé, mais très peu, surtout à sa partie inférieure. — Les parens de cet homme n'ont point d'affection des veines, ni d'hémorrhoïdes; lui-même ne porte que ce varicocèle: il n'a pas de constipation habituelle.

M. Vidal l'opère le 16 mai, par son procédé de l'enroulement. Celui-ci se fait aisément, et d'une manière bien méthodique: il y eut chez cet homme de très grandes difficultés d'isoler des veines le canal déférent. — Le premier jour, peu de douleur, seulement au niveau du pincement de la peau; mais les jours suivans, l'engorgement inflammatoire devient très intense, de manière à déterminer une réaction fébrile, des coliques vives.—Cataplasmes émolliens.— Le 31 mai, M. Vidal enleva les fils d'argent: il ne s'écoula que peu de sang.— A cette époque, l'engorgement des parties était tel, qu'on ne pouvait plus distinguer le testicule de l'épididyme: c'était une tumeur de la grosseur du poing.— Dans la nuit du 30 au 31 mai, le malade eut des frissons passagers; les douleurs de la partie engorgée se calmèrent un peu; le lendemain, en examinant attentivement, M. Vidal reconnut au côté extrême de la tumeur un point fluctuant; il plongea un bistouri dans la tumeur, il en sortit environ une cuillerée de pus. Depuis lors, la résolution marcha assez vite, et on put voir à la fin de juin le varicocèle complétement guéri; le testicule était très remonté, ce dont on put se convaincre en examinant les parties après le dégorgement.

Obs. ixe. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 11e, no 32. P., 22 ans. Entré le 11 juin, sorti le 20 juin.

Constitution très robuste, bonne santé habituelle. Parens aussi robustes que lui, n'ayant point de varices ni d'hémorrhoïdes. Cet homme porte un varicocèle à gauche qui ne descend point très bas, mais qui le gêne considérablement. C'est lui-même qui est venu réclamer l'opération à une consultation de l'hôpital. Il porte à la jambe droite des varices peu volumineuses, mais qui commencent cependant à le gêner. Il affirme ne point s'être livré à la masturbation, mais il a eu des rapports sexuels de très bonne heure, étant même encore enfant; point de constipation habituelle. M. Vidal l'opère, par son procédé de l'enroulement des veines, le 19 juin. Douleurs assez vives pendant l'opération, mais bientôt calmées. Aucun accident ultérieur. L'engorgement des parties est considérable, inflammatoire. Le 4 juillet, on enlève les fils d'argent : sur le moment même, il s'écoule un peu de sang, mais en petite quantité; dans la journée, cet écoulement devient abondant, et avant qu'on s'en aperçût, le malade pouvait bien avoir perdu trois palettes de sang artériel. Pansement avec la calophane et l'amadou; compression exercée par un bandage contentif. Suspension de l'hémorrhagie. Encore cette fois, le sang venait des parties superficielles. Cette hémorrhagie a servi de saignée locale, et procuré un dégorgement beaucoup plus rapide des parties. Il était complet vers le milieu de juillet. Mais quand le malade voulut sortir, le 20 juillet, la plaie n'était point encore cicatrisée; cependant le testicule bien remonté, et au niveau du testicule droit, ne descendait plus pendant la marche et la station verticale, comme auparavant. Le malade ne ressent plus la pesanteur, l'engourdis-

sement de la cuisse gauche et les douleurs lombaires, comme avant l'opération.

Obs. x^e. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 9e, n° 1. — J., 21 ans, fondeur en cuivre, entré le 15 juillet; sorti guéri le 31 août.

Constitution assez robuste, tempérament lymphatico-sanguin.

Depuis trois ans ce jeune homme remarqua que la bourse gauche descendait beaucoup plus bas que la droite; mais comme il n'en ressentait aucune douleur, son attention ne fut que médiocrement éveillée. Aujourd'hui, un motif autre que la gêne et la douleur l'engage à se faire opérer : il veut servir l'État, et on l'a déjà refusé à cause de son varicocèle.

Les parens de ce jeune homme jouissent d'une bonne santé; ils ne portent point de varices, lui-même n'en a en aucun point du corps. Il ne sait trop à quoi rapporter le développement de son varicocèle : point d'épididymite antérieure, point de fatigues excessives; mais ses réponses embarrassées me font croire que la masturbation joue ici un grand rôle.

M. Vidal l'opère le 24 juillet. Le canal déférent s'isole assez facilement, mais, afin de saisir dans la ligature plusieurs veines scrotales variqueuses, il faut prendre une assez grande étendue de tissus, et porter le siége de l'opération presque sur la ligne médiane.

Douleurs assez vives pendant l'opération; quelques coliques dans la journée; elles se calment facilement, et la première nuit qui suit l'opération le malade repose très tranquillement. Compresses froides; cataplasmes sur le ventre; une pilule d'opium.

L'engorgement inflammatoire est assez intense, mais il

n'attaque que les parties extra-testiculaires. Un fait remarquable, dû probablement à une disposition individuelle, à une force remarquable de la plasticité du sang chez ce jeune homme, et aussi à la manière heureuse et régulière dont sont affrontés les bords de la solution de continuité, consiste dans la réunion intime des parties divisées en arrière des fils, et à mesure que ceux-ci coupent les tissus. Le 6 août, M. Vidal retire les fils; il ne reste plus qu'une plaie fort petite ; le reste est de chaque côté parfaitement bien réuni. L'engorgement du scrotum, et surtout du bourrelet de peau formé par l'enroulement des veines du cordon persiste assez long-temps. On fait une application de vingt sangsues au périnée, on laisse le malade au repos ; puis, le 19 août, on exerce sur ces parties tuméfiées une compression méthodique à l'aide de bandelettes de diachylon. Cette compression est renouvelée trois fois ; elle a un très bon résultat ; elle hâte beaucoup la résolution. Le malade sort guéri le 31 août, ayant le testicule gauche au niveau du droit, et soutenu dans cette position par une cicatrice très forte, qui fait adhérer entre eux la peau et les tissus sous-jacens.

OBS. XIe. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 11, n° 20. — D..., 25 ans, corroyeur, entré le 9 mai; sorti guéri le 6 juillet.

Constitution peu robuste, cependant une bonne santé habituelle; sujet aux convulsions dans l'enfance, elles ont amené un strabisme convergent de l'œil droit, qui a persisté. Il a de temps en temps des attaques d'épilepsie, mais à de très rares intervalles; il a eu une attaque pendant son séjour à l'hôpital : elle s'est composée de trois accès, dont le premier fut beaucoup plus violent que les deux autres.

Depuis long-temps il porte un varicocèle du côté gauche,

mais sans en souffrir d'abord. C'est seulement depuis cinq à six mois que la gêne, la pesanteur, une grande facilité à se fatiguer, lui ont appris la nature de son infirmité. Il avoue sa fatigue, mais sa manière embarrassée de répondre me fait présumer que la masturbation joue un grand rôle. Le testicule gauche est beaucoup moins gros que le testicule droit. Ce jeune homme est enclin à l'acte vénérien. Point de varices ailleurs; point de constipation habituelle.

M. Vidal l'opère par son procédé de l'enroulement le 18 mai, en passant un fil plus gros derrière qu'en avant des veines. Chez ce jeune homme, le canal déférent fut très difficile à isoler; une veine lui était adhérente, et échappait avec le canal quand on saisissait celui-ci.

Il y eut quelques coliques, un peu de fièvre, chez ce malade, d'ailleurs très impressionnable. — Compresses froides sur les bourses, pilules d'opium.

Deux jours après, pas le plus léger malaise: la peau est déjà entamée par les fils; aussi la douleur s'est-elle dissipée. — M. Vidal enlève les fils le 2 juin: ils étaient presque sous-cutanés; le fond de la plaie est encore mortifié; par les parties superficielles sous-cutanées sort du sang artériel provenant des artères scrotales; l'écoulement est assez abondant, et a duré assez de temps pour nécessiter le tamponnement de la plaie et un peu de compression.

Le 5 juin, 20 sangsues au périnée, pour favoriser le dégorgement; il est très lent, mais enfin il est complet à la fin du mois de juin, à l'exception du bourrelet de peau, qui demeure gros et volumineux. Pour hâter la cicatrisation, M. Vidal excise, avec des ciseaux courbes, ce bourrelet de peau; en peu de jours, la cicatrisation est complète. Mais on peut s'assurer qu'en laissant le dégorgement se faire peu-à-

peu, l'on réussit mieux : en effet, la cicatrice est beaucoup moins apparente ; elle se perd facilement dans les plis du scrotum, tandis que la cicatrice résultant de l'excision de cette peau exubérante est blanche, dure, plus large, bien moins linéaire que la première.

Obs. xiie. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 9, n° 13. — C., 26 ans, entré le 23 mai, sorti guéri le 13 juillet.

Cet homme, d'une constitution peu robuste, et offrant les apparences du tempérament lymphatique, porte un varicocèle à gauche depuis long-temps ; il ne peut indiquer l'époque de son origine. Il avoue s'être long-temps livré à la masturbation, et depuis cinq ans environ qu'il a perdu cette fâcheuse habitude, il se livre au coït avec ardeur.

Ce n'est que depuis peu de temps que le varicocèle détermine de la douleur, de la gène, rend la fatigue plus pénible. M. Vidal l'opère le 30 mai. — Aucun accident. Les parties sont aisément divisées ; mais elles se réunissent aussi en arrière des fils ; l'engorgement est peu considérable. — Les fils sont enlevés le 16 juin, il s'écoule peu de sang ; la cicatrisation se fait peu-à-peu, à mesure que s'opère le dégorgement ; il n'était point encore complet, ni la plaie totalement cicatrisée, quand le malade voulut sortir, le 13 juillet.

Obs. xiiie. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 10, n° 26.— L., 21 ans, entré le 8 juillet ; sorti guéri le 23 août.

Constitution assez robuste, tempérament sanguin, bonne santé habituelle.

Depuis long-temps le testicule gauche descendait plus bas que le droit, mais sans incommoder beaucoup le malade ; seulement, depuis quelques mois, et surtout depuis l'été dernier, ce varicocèle commence à être gênant ; il tombe très bas, il est très lourd, et la sensation de pesanteur s'irradie dans

veines. Elle a été assez douloureuse, à cause de l'agitation dans la journée. Quelques coliques, un peu de douleur le long du cordon et dans les veines du même côté; mais tout cela a facilement cédé à des applications froides sur le scrotum, et à deux grains d'opium dans la journée. Dès le lendemain, le malade est parfaitement tranquille, ne souffre point, seulement un peu par la pression sur le testicule qui est légèrement engorgé. Chez cet homme, qui garde le repos le plus absolu, la cicatrisation se fait à mesure que les fils coupent les parties qui sont au-devant d'eux.

Obs. VIe. — *Orchite à gauche.*— *Varicocèle*; *opération.* — Salle 10e, n° 21, âgé de 28 ans, cordonnier, entré le 15 février 1844. — Il y a douze ans, une blennorrhagie traitée et guérie par M. Cullerier; il y a un an, encore une blennorrhagie, qui survient trois ou quatre jours après des rapports avec une femme publique; cette blennorrhagie fut douloureuse, cordée, fournit un écoulement abondant. — Le malade se contente de boire de la tisane avec les racines de patience et de fraisier; l'écoulement dura jusqu'au mois d'août, époque à laquelle il fut définitivement arrêté.

Après de nouveaux rapports sexuels, cet homme contracte encore vers la fin d'octobre 1843 une troisième blennorrhagie, peu douloureuse, mais fournissant un écoulement assez abondant. — Tisane avec la racine de patience. L'écoulement dure trois mois; il était très peu abondant, mais encore épais et verdâtre, quand, spontanément, sans cause occasionnelle appréciable, l'épididyme gauche s'enflamme. — Vives douleurs, courbature extrême, brisement des membres, envies de vomir; en outre, un peu de dysenterie vient compliquer cet état. — Dès que le malade se lève, il ressent une douleur très aiguë et une sensation de pesanteur très

grande dans les bourses ; même au lit, la douleur s'irradie dans la région des reins et de l'aine du côté correspondant.

Tel est l'état du malade lors de son entrée : il n'y a plus le moindre écoulement.

16 février. Un bain entier. — 15 sangsues au périnée. — Petit lait.

17 février. Amélioration. — Repos absolu au lit ; la résolution s'opère ; à la fin du mois de février, elle est complète.

Il est facile de voir alors que le scrotum du côté gauche descend beaucoup plus bas que de l'autre côté ; les veines du cordon spermatique sont dilatées dans toute leur longueur ; il y a varicocèle.

Cette affection n'est point toute récente, et ne reconnaît pas pour cause immédiate l'épididymite, comme cela s'observe assez souvent : elle est ancienne, elle date au moins de huit ans, puisqu'elle a été pour cet homme un motif d'exemption du service militaire. Le malade avoue, du reste, que jamais son varicocèle n'a été si volumineux ; l'épididymite lui a donné beaucoup d'accroissement.

Le malade ne sait pas trop à quoi rapporter le développement de son varicocèle ; il n'a point de parent qui soit affecté de varices ou d'hémorrhoïdes ; il affirme, mais d'une manière embarrassée, il est vrai, ne point s'être livré à la masturbation ; toutefois, il a eu des rapports sexuels d'assez bonne heure, puisque sa première blennorrhagie date de l'âge de 16 ans.

Le 11 mars, M. Vidal pratique l'opération du varicocèle par son procédé de l'enroulement des veines du cordon. — Aucun accident le jour de l'opération ni les jours suivans ; le pouls a conservé son rhythme normal, aucune espèce de réaction ne s'est manifestée. — Le 25 mars, les fils métal-

liques sont presque sous-cutanés. On pratique la section de la peau qui les recouvre encore. Écoulement d'un sang très rouge venant surtout des artères scrotales : en effet, on peut très bien s'assurer que l'écoulement du sang est superficiel. Compression avec des boulettes d'amadou. — Vers le 8 avril, la cicatrisation est complète, linéaire, et se perd déjà bien dans les plis du scrotum. — Celui-ci demeure un peu œdémateux; l'épididyme est toujours un peu gros : aussi M. Vidal juge-t-il convenable de faire appliquer vingt sangsues au périnée. Cette émission sanguine locale a un bon résultat, elle hâte le dégorgement des parties.

Une fois que celui-ci est complet, on peut s'assurer que le testicule gauche est au niveau du testicule droit, si même il n'est point encore un peu au-dessus.

Cet homme sort guéri le 20 avril 1844.

Obs. VII[e]. — *Varicocèle double.* — Salle 9[e], n° 9. — B..., âgé de 26 ans, entré le 28 avril, sorti le 29 juin.

C'est un homme né avec une constitution assez forte; ses parens n'ont ni varices, ni hémorrhoïdes.—Il n'a pas de constipation habituelle, il porte depuis très long-temps, sans pouvoir en indiquer l'origine, un varicocèle double. Dans son enfance, il s'est livré avec ardeur à la masturbation; et depuis l'âge de la puberté ses rapports sexuels sont fréquens; en outre, il marche toute la journée. Il a toujours vu ses bourses pendantes, mais jamais au point où elles en sont maintenant; depuis trois ans, à-peu-près, ce varicocèle double a pris un énorme accroissement; les veines du scrotum sont également variqueuses, très gonflées et douloureuses. Il y en a deux surtout qui sont énormes, et dans l'épaisseur de la peau elles sont le siége d'une douleur intolérable. Du côté gauche, le varicocèle est encore plus volumineux qu'à

droite; les veines des cordons spermatiques forment des cordons flexueux, volumineux, résistant sous le doigt; les testicules ont un petit volume; la voix de cet homme est très grêle comme celle d'un castrat. Il va toujours en maigrissant. — Dans le lit, le malade est obligé de porter un surpensoir, sans lequel la douleur et la gêne le réveilleraient.

M. Vidal fait l'opération des deux côtés, dans la même séance, le 9 mai. — Des deux côtés, le canal déférent peut s'isoler aisément.

Douleurs assez vives dans la journée, coliques, quelques nausées. — Le surlendemain, tous ces symptômes ont disparu, le malade est parfaitement bien; point de fièvre.

Du côté gauche, la section est plus promptement faite qu'à droite. M. Vidal enlève les fils le 25 mai à gauche, et le 28 mai à droite. Le 31, application de vingt sangsues au périnée pour faciliter le dégorgement des parties qui se fait peu-à-peu. Quant à la cicatrisation, elle est longue à se faire. Les veines variqueuses du scrotum ont disparu, les deux testicules sont très remontés. — Le malade sort guéri le 29 juin.

Depuis, nous avons eu occasion de le revoir; la guérison se maintient parfaitement, et cependant le malade est allé à la campagne, et a fait de longues courses. Il a acquis un certain embonpoint, et sa voix a pris un timbre mâle.

Obs. viiie. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 10e, n° 21. — D., 25 ans, entré le 11 mai; sorti guéri le 29 juin.

Constitution forte, tempérament lymphatico-sanguin, bonne santé habituelle.

Il y a quatre mois, cet homme eut une blennorrhagie; elle se compliqua d'épididymite à gauche. Avant cette inflammation le testicule gauche descendait plus bas que le droit, mais fort peu; s'il y avait déjà alors varicocèle, il n'était que

très peu considérable; mais depuis l'épididymite, laquelle date d'un mois à-peu-près, la bourse gauche pend très bas, le malade ne peut marcher sans douleur dans l'aine, dans les lombes, dans la cuisse; souvent il ressent des coliques. A son entrée, l'épididyme gauche est encore un peu engorgé, mais très peu, surtout à sa partie inférieure. — Les parens de cet homme n'ont point d'affection des veines, ni d'hémorrhoïdes; lui-même ne porte que ce varicocèle: il n'a pas de constipation habituelle.

M. Vidal l'opère le 16 mai, par son procédé de l'enroulement. Celui-ci se fait aisément, et d'une manière bien méthodique: il y eut chez cet homme de très grandes difficultés d'isoler des veines le canal déférent. — Le premier jour, peu de douleur, seulement au niveau du pincement de la peau; mais les jours suivans, l'engorgement inflammatoire devient très intense, de manière à déterminer une réaction fébrile, des coliques vives.—Cataplasmes émolliens.— Le 31 mai, M. Vidal enleva les fils d'argent: il ne s'écoula que peu de sang.— A cette époque, l'engorgement des parties était tel, qu'on ne pouvait plus distinguer le testicule de l'épididyme: c'était une tumeur de la grosseur du poing.— Dans la nuit du 30 au 31 mai, le malade eut des frissons passagers; les douleurs de la partie engorgée se calmèrent un peu; le lendemain, en examinant attentivement, M. Vidal reconnut au côté extrême de la tumeur un point fluctuant; il plongea un bistouri dans la tumeur, il en sortit environ une cuillerée de pus. Depuis lors, la résolution marcha assez vite, et on put voir à la fin de juin le varicocèle complétement guéri; le testicule était très remonté, ce dont on put se convaincre en examinant les parties après le dégorgement.

OBS. IXe. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 11e, no 32. P., 22 ans. Entré le 11 juin, sorti le 20 juin.

Constitution très robuste, bonne santé habituelle. Parens aussi robustes que lui, n'ayant point de varices ni d'hémorrhoïdes. Cet homme porte un varicocèle à gauche qui ne descend point très bas, mais qui le gêne considérablement. C'est lui-même qui est venu réclamer l'opération à une consultation de l'hôpital. Il porte à la jambe droite des varices peu volumineuses, mais qui commencent cependant à le gêner. Il affirme ne point s'être livré à la masturbation, mais il a eu des rapports sexuels de très bonne heure, étant même encore enfant; point de constipation habituelle. M. Vidal l'opère, par son procédé de l'enroulement des veines, le 19 juin. Douleurs assez vives pendant l'opération, mais bientôt calmées. Aucun accident ultérieur. L'engorgement des parties est considérable, inflammatoire. Le 4 juillet, on enlève les fils d'argent : sur le moment même, il s'écoule un peu de sang, mais en petite quantité; dans la journée, cet écoulement devient abondant, et avant qu'on s'en aperçût, le malade pouvait bien avoir perdu trois palettes de sang artériel. Pansement avec la calophane et l'amadou; compression exercée par un bandage contentif. Suspension de l'hémorrhagie. Encore cette fois, le sang venait des parties superficielles. Cette hémorrhagie a servi de saignée locale, et procuré un dégorgement beaucoup plus rapide des parties. Il était complet vers le milieu de juillet. Mais quand le malade voulut sortir, le 20 juillet, la plaie n'était point encore cicatrisée; cependant le testicule bien remonté, et au niveau du testicule droit, ne descendait plus pendant la marche et la station verticale, comme auparavant. Le malade ne ressent plus la pesanteur, l'engourdis-

sement de la cuisse gauche et les douleurs lombaires, comme avant l'opération.

OBS. X^e. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 9e, n° 1. — J., 21 ans, fondeur en cuivre, entré le 15 juillet; sorti guéri le 31 août.

Constitution assez robuste, tempérament lymphatico-sanguin.

Depuis trois ans ce jeune homme remarqua que la bourse gauche descendait beaucoup plus bas que la droite; mais comme il n'en ressentait aucune douleur, son attention ne fut que médiocrement éveillée. Aujourd'hui, un motif autre que la gêne et la douleur l'engage à se faire opérer : il veut servir l'État, et on l'a déjà refusé à cause de son varicocèle.

Les parens de ce jeune homme jouissent d'une bonne santé; ils ne portent point de varices, lui-même n'en a en aucun point du corps. Il ne sait trop à quoi rapporter le développement de son varicocèle: point d'épididymite antérieure, point de fatigues excessives; mais ses réponses embarrassées me font croire que la masturbation joue ici un grand rôle.

M. Vidal l'opère le 24 juillet. Le canal déférent s'isole assez facilement, mais, afin de saisir dans la ligature plusieurs veines scrotales variqueuses, il faut prendre une assez grande étendue de tissus, et porter le siége de l'opération presque sur la ligne médiane.

Douleurs assez vives pendant l'opération; quelques coliques dans la journée; elles se calment facilement, et la première nuit qui suit l'opération le malade repose très tranquillement. Compresses froides; cataplasmes sur le ventre; une pilule d'opium.

L'engorgement inflammatoire est assez intense, mais il

n'attaque que les parties extra-testiculaires. Un fait remarquable, dû probablement à une disposition individuelle, à une force remarquable de la plasticité du sang chez ce jeune homme, et aussi à la manière heureuse et régulière dont sont affrontés les bords de la solution de continuité, consiste dans la réunion intime des parties divisées en arrière des fils, et à mesure que ceux-ci coupent les tissus. Le 6 août, M. Vidal retire les fils; il ne reste plus qu'une plaie fort petite; le reste est de chaque côté parfaitement bien réuni. L'engorgement du scrotum, et surtout du bourrelet de peau formé par l'enroulement des veines du cordon persiste assez long-temps. On fait une application de vingt sangsues au périnée, on laisse le malade au repos; puis, le 19 août, on exerce sur ces parties tuméfiées une compression méthodique à l'aide de bandelettes de diachylon. Cette compression est renouvelée trois fois; elle a un très bon résultat; elle hâte beaucoup la résolution. Le malade sort guéri le 31 août, ayant le testicule gauche au niveau du droit, et soutenu dans cette position par une cicatrice très forte, qui fait adhérer entre eux la peau et les tissus sous-jacens.

Obs. xi[e]. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 11, n° 20. — D..., 25 ans, corroyeur, entré le 9 mai; sorti guéri le 6 juillet.

Constitution peu robuste, cependant une bonne santé habituelle; sujet aux convulsions dans l'enfance, elles ont amené un strabisme convergent de l'œil droit, qui a persisté. Il a de temps en temps des attaques d'épilepsie, mais à de très rares intervalles; il a eu une attaque pendant son séjour à l'hôpital : elle s'est composée de trois accès, dont le premier fut beaucoup plus violent que les deux autres.

Depuis long-temps il porte un varicocèle du côté gauche,

mais sans en souffrir d'abord. C'est seulement depuis cinq à six mois que la gêne, la pesanteur, une grande facilité à se fatiguer, lui ont appris la nature de son infirmité. Il avoue sa fatigue, mais sa manière embarrassée de répondre me fait présumer que la masturbation joue un grand rôle. Le testicule gauche est beaucoup moins gros que le testicule droit. Ce jeune homme est enclin à l'acte vénérien. Point de varices ailleurs; point de constipation habituelle.

M. Vidal l'opère par son procédé de l'enroulement le 18 mai, en passant un fil plus gros derrière qu'en avant des veines. Chez ce jeune homme, le canal déférent fut très difficile à isoler; une veine lui était adhérente, et échappait avec le canal quand on saisissait celui-ci.

Il y eut quelques coliques, un peu de fièvre, chez ce malade, d'ailleurs très impressionnable. — Compresses froides sur les bourses, pilules d'opium.

Deux jours après, pas le plus léger malaise: la peau est déjà entamée par les fils; aussi la douleur s'est-elle dissipée. — M. Vidal enlève les fils le 2 juin: ils étaient presque sous-cutanés; le fond de la plaie est encore mortifié; par les parties superficielles sous-cutanées sort du sang artériel provenant des artères scrotales; l'écoulement est assez abondant, et a duré assez de temps pour nécessiter le tamponnement de la plaie et un peu de compression.

Le 5 juin, 20 sangsues au périnée, pour favoriser le dégorgement; il est très lent, mais enfin il est complet à la fin du mois de juin, à l'exception du bourrelet de peau, qui demeure gros et volumineux. Pour hâter la cicatrisation, M. Vidal excise, avec des ciseaux courbes, ce bourrelet de peau; en peu de jours, la cicatrisation est complète. Mais on peut s'assurer qu'en laissant le dégorgement se faire peu-à-

peu, l'on réussit mieux : en effet, la cicatrice est beaucoup moins apparente ; elle se perd facilement dans les plis du scrotum, tandis que la cicatrice résultant de l'excision de cette peau exubérante est blanche, dure, plus large, bien moins linéaire que la première.

Obs. xiie. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 9, n° 13. — C., 26 ans, entré le 23 mai, sorti guéri le 13 juillet.

Cet homme, d'une constitution peu robuste, et offrant les apparences du tempérament lymphatique, porte un varicocèle à gauche depuis long-temps ; il ne peut indiquer l'époque de son origine. Il avoue s'être long-temps livré à la masturbation, et depuis cinq ans environ qu'il a perdu cette fâcheuse habitude, il se livre au coït avec ardeur.

Ce n'est que depuis peu de temps que le varicocèle détermine de la douleur, de la gène, rend la fatigue plus pénible. M. Vidal l'opère le 30 mai. — Aucun accident. Les parties sont aisément divisées ; mais elles se réunissent aussi en arrière des fils ; l'engorgement est peu considérable. — Les fils sont enlevés le 16 juin, il s'écoule peu de sang ; la cicatrisation se fait peu-à-peu, à mesure que s'opère le dégorgement ; il n'était point encore complet, ni la plaie totalement cicatrisée, quand le malade voulut sortir, le 13 juillet.

Obs. xiiie. — *Varicocèle à gauche.* — Salle 10, n° 26.— L., 21 ans, entré le 8 juillet ; sorti guéri le 23 août.

Constitution assez robuste, tempérament sanguin, bonne santé habituelle.

Depuis long-temps le testicule gauche descendait plus bas que le droit, mais sans incommoder beaucoup le malade ; seulement, depuis quelques mois, et surtout depuis l'été dernier, ce varicocèle commence à être gênant ; il tombe très bas, il est très lourd, et la sensation de pesanteur s'irradie dans

l'aine et dans les reins ; la cuisse correspondante est fréquemment engourdie. Le scrotum est le siége aussi de plusieurs veines variqueuses : l'une d'elles, placée en arrière, est très volumineuse, et les frottemens exercés sur elle sont intolérables, à tel point que le suspensoir lui-même est douloureux.

Dans la famille de cet homme, point d'affection semblable, point d'hémorrhoïdes. — Ce jeune homme attribue à des marches souvent très longues et excessives le développement de sa maladie ; il nie formellement qu'il se soit livré à la masturbation. Il n'a pas de constipation habituelle.

M. Vidal l'opère le 11 juillet par son procédé de l'enroulement ; le fil postérieur a un volume deux fois plus gros que le fil antérieur. Douleurs assez vives, promptement calmées, dès que les fils ont commencé à diviser la peau. — Chez ce malade, l'engorgement des parties est considérable, mais peu inflammatoire ; il y a beaucoup d'œdème, la plaie ne se réunit point à mesure que les fils divisent les tissus.

Le 27 juillet, M. Vidal enlève les fils. La plaie fournit du sang artériel qui provient de vaisseaux très superficiellement placés ; point d'hémorrhagie consécutive. Pansement avec l'amadou. Au fond de la plaie, tous les tissus sont mortifiés, et offrent un détritus noirâtre, fétide, dont l'élimination nécessaire retarde d'autant la cicatrisation. D'ailleurs, celle-ci est empêchée aussi par l'œdème considérable qui siége dans les tissus. — M. Vidal fait exercer la compression avec des bandelettes de diachylon, mais seulement, après avoir eu recours, et à deux reprises, à une application de sangsues au périnée. — Quand le malade se lève, le testicule gauche n'est plus pendant, il est très remonté ; plus de veines scrotales variqueuses.

OBS. XIVe. — *Varicocèle double.* — Salle 11, n° 22. — M.... 22 ans, fileur, entré le 29 juillet. — Constitution assez robuste, tempérament lymphatico-sanguin. Il y a 18 mois, une blennorrhagie dont il fut bien guéri. Il y a 7 ans, il reçut un coup violent sur les bourses : il en résulta un gonflement rapide à gauche ; quelques jours de repos au lit, et l'application d'un suspensoir en triomphèrent.

C'est depuis 3 ans seulement que le varicocèle gauche préoccupe le malade ; du côté droit, il n'y a guère qu'un an. Cet homme est habituellement très constipé ; en outre, il fatigue beaucoup, sa profession l'oblige à se tenir debout presque toute la journée ; il nie s'être livré à la masturbatisn ; il n'a que rarement des rapports sexuels.

Le malade souffre beaucoup ; il ressent de véritables douleurs dans les lombes des deux côtés, ainsi que dans les cuisses : ces douleurs sont plus sensibles depuis un an ; elles existent même la nuit. Cette double infirmité fait souffrir autant le physique que le moral du malade ; il se plaint d'un malaise général, d'oppression dans la poitrine ; il prétend que les alimens ne le nourrissent pas, qu'il maigrit chaque jour ; il est triste, mélancolique ; il exprime tout le chagrin que lui cause son double varicocèle, il se croit exposé à de grands dangers.

Point de veines variqueuses sur le scrotum ; les testicules ne sont point atrophiés ; ils ont conservé leur volume ordinaire.

M. Vidal pratique l'opération des deux côtés le 6 août, le malade étant couché : c'est la première fois que M. Vidal opère un malade dans cette position. Du reste, l'exécution de son procédé est facile chez cet homme ; le canal déférent s'isole bien des deux côtés. Aucun accident ; les premiers jours,

l'inflammation paraît à-peu-près nulle, surtout du côté gauche ; à droite, elle est un peu plus vive, et à mesure que les fils coupent, la plaie semble se cicatriser ; la cicatrisation s'est faite en effet, mais dans une très petite étendue.

Malgré le peu d'inflammation à gauche, les fils coupent plus promptement les parties situées au-devant d'eux. M. Vidal les enlève de ce côté, le 18 août ; deux jours après, il retire ceux du côté droit. Les parties mortifiées qu'offrent ces plaies à leur surface se détachent promptement, et sont remplacées par une suppuration peu abondante, peu épaisse, ténue, comme visqueuse. En raison de l'engorgement extrêmement faible des parties, la cicatrisation des deux plaies marche très rapidement. Aujourd'hui, 3 octobre, la cicatrisation est achevée. Le malade commence à se lever un peu ; il ne ressent de douleurs nulle part, et le moral du malade se raffermit journellement.

RECHERCHES SUR LA FORMATION DES OS ;

PAR M. FLOURENS.

Des pièces que j'ai présentées à l'Académie des Science me semblent démontrer les trois propositions sur lesquelles repose ma théorie de la formation des os (1).

De ces trois propositions, la première est que l'os se forme dans le périoste ; la seconde, qu'il croît en grosseur par la superposition de couches externes ; et la troisième, que le canal médullaire s'agrandit par la résorption des couches internes de l'os.

(1) *Voyez mes Recherches sur le développement des os et des dents*, 1842.

Première proposition. — L'os se forme dans le périoste.

Les expériences sur lesquelles je m'appuie aujourd'hui pour démontrer cette proposition ont été faites sur des chiens.

On a retranché, sur plusieurs chiens, une portion de côte, en n'enlevant que l'os proprement dit, et en laissant le périoste.

Au bout de quelques jours, il s'est formé dans le périoste, laissé entre les deux bouts de côté, un petit noyau osseux. Peu-à-peu ce noyau osseux s'est développé, et il a fini par rejoindre l'un à l'autre les deux bouts de côte.

La pièce n° 1 provient d'une expérience qui a duré sept jours. On voit, dans le milieu du périoste (1), laissé entre les deux bouts de côte, un petit noyau osseux, parfaitement déterminé, circonscrit, et, ce qui est ici le point essentiel, exactement placé dans le milieu du périoste.

La pièce n° 2 vient d'une expérience qui a duré dix jours.

Il y a aussi au milieu du périoste, laissé entre les deux bouts de la côte, un noyau osseux (2), mais beaucoup plus développé que dans la pièce précédente. Cependant ce noyau osseux, quoique beaucoup plus développé, est encore parfaitement limité, circonscrit, placé au milieu du périoste, et complétement séparé des deux bouts de la côte.

La pièce n° 3 vient d'une expérience qui a duré vingt-et-un jours. Ici le noyau osseux, placé dans le périoste,

(1) Énormément gonflé ou épaissi, comme il arrive toujours en pareil cas. *Voyez mes Recherches* déjà citées.

(2) Il y en a quelquefois plusieurs qui se réunissent plus tard en un.

touche presque aux deux bouts de la côte ; et néanmoins il est parfaitement séparé encore de l'un et de l'autre par une lame de périoste modifié ou de fibro-cartilage (1).

Enfin, dans la pièce n° 4, pièce pour laquelle l'expérience a duré quatre mois, le noyau osseux a complétement atteint les deux bouts de la côte, et les a rejoints l'un à l'autre : toute la portion d'os enlevée a donc été reproduite, et la *continuité*, la *restitution* de la côte, est parfaite.

Je pourrais multiplier beaucoup le nombre des pièces que je présente, car ma collection en est pleine. Celles-ci suffisent pour donner une idée des autres.

On voit donc que l'os nouveau se forme dans le périoste ; qu'au moment où il s'y forme, il y est complétement isolé, séparé de l'os ancien, et que ce n'est que par son développement successif qu'il atteint enfin les deux bouts de l'os ancien, et les réunit, les rejoint l'un à l'autre.

Deuxième proposition. — L'os croît en grosseur par la superposition de couches externes.

Les expériences qui suivent ont été faites sur des lapins et sur des chiens.

On a commencé par mettre à nu, sur chacun de ces animaux, l'un des deux tibias ; le périoste a été ensuite incisé, et l'on a fait passer enfin un anneau de fil de platine entre le périoste et l'os.

L'os a continué de croître, et, à mesure qu'il a crû, il a recouvert de ses nouvelles couches l'anneau de platine.

Dans la pièce n° 5, on voit l'anneau de platine sous le périoste même, c'est-à-dire entre le périoste et l'os ; et dans les pièces 6 et 7, on le voit déjà recouvert par quelques lames osseuses.

(3) *Voyez* mes *Recherches*, ci-devant citées.

Les trois pièces dont je viens de parler sont des tibias de lapin.

La pièce n° 8 est le tibia d'un jeune chien. Ici tout l'anneau est recouvert par des couches osseuses, et même, en prenant l'anneau pour point de départ, les couches qui recouvrent l'anneau sont déjà beaucoup plus épaisses que celles que l'anneau recouvre.

Les quatre pièces qui suivent sont encore des tibias de très jeunes chiens.

Dans la pièce n° 9, l'anneau ne recouvre plus que quelques lames osseuses. Presque tout l'os actuel est par-dessus l'anneau.

Dans les pièces 10 et 11, l'anneau, du côté externe de l'os, est déjà tout-à-fait dans le canal médullaire.

Enfin, dans la pièce n° 12, l'anneau tout entier est dans le canal médullaire.

L'os croît donc en grosseur par couches externes et superposées, puisque l'anneau, qui primitivement entoure ou recouvre l'os, est successivement et continuellement recouvert ensuite par de nouvelles couches osseuses.

Troisième proposition. — Le canal médullaire s'agrandit par la résorption des couches internes de l'os.

Je reprends les pièces de la série qui précède.

Dans la pièce n° 5, l'anneau est encore sur l'os ; dans les pièces 6 et 7, il est déjà recouvert, et de plus en plus par l'os ; dans la pièce n° 9, il est beaucoup plus près du canal médullaire que de l'extérieur de l'os ; dans les pièces 10 et 11, il est déjà dans le canal médullaire par un de ses côtés ; et dans la pièce n° 12, il est tout entier dans le canal médullaire.

Ici, dans cette pièce n° 12, le canal médullaire a toute la grandeur, tout le diamètre qu'avait primitivement l'os

lui-même : l'anneau, qui d'abord entourait l'os, est maintenant entouré par l'os ; l'os, qui d'abord était contenu dans l'anneau, contient maintenant l'anneau ; le canal médullaire s'est donc agrandi, et beaucoup agrandi. Comment cela s'est-il fait ?

Cela ne peut s'être fait que de deux manières. Ou bien l'os s'est étendu, s'est rompu et s'est rejoint ensuite par-dessus l'anneau, et c'est ainsi que Duhamel expliquait les choses ; ou bien, à mesure que l'os croissait, d'un côté, par l'addition de couches externes, le canal médullaire s'agrandissait, de l'autre, par la soustraction des couches internes, et c'est là ce que pensait Hunter.

Hunter avait raison.

Les pièces que je mets sous les yeux de l'Académie montrent, avec la dernière évidence, que l'os ne s'est point étendu, qu'il ne s'est point rompu, qu'il ne s'est point rejoint par-dessus l'anneau.

Les couches internes de l'os ont été successivement résorbées, et cette résorption successive est le ressort qui a produit, et qui a produit seul l'agrandissement du canal médullaire.

L'agrandissement du canal médullaire tient donc à la résorption des couches internes de l'os.

Expériences sur la résorption de portions d'os étrangères.

La résorption des portions d'os mortes est un fait sur lequel j'ai déjà publié un grand nombre d'expériences (1) ; mais, dans ces expériences, il ne s'agissait que de portions d'os mortes appartenant à l'animal même sur lequel l'expérience était faite.

(1) Voyez mes *Recherches* ci-devant citées.

Voici des expériences d'un autre genre.

On a commencé par faire un trou à l'un des deux tibias d'un chien, puis on a introduit dans le canal médullaire de ce tibia une petite côte de lapin, et puis on a laissé vivre l'animal.

La membrane médullaire s'est beaucoup gonflée, l'os a beaucoup grossi ; enfin l'on a sacrifié l'animal, et l'on a extrait de son tibia la petite côte qu'on y avait introduite.

Les pièces n°s 13, 14, 15 et 16 sont quelques-unes de ces petites côtes de lapin qui avaient été introduites dans le canal médullaire du tibia de différens chiens.

La petite côte n° 13 montre déjà des traces très manifestes d'érosion, d'usure, de résorption ; ces traces sont plus manifestes encore dans la côte n° 14, et plus encore dans les côtes n°s 15 et 16.

J'ajoute que, pour qu'on puisse bien juger de l'érosion de ces petites côtes de lapin, j'ai fait placer près de chacune la côte correspondante, ou de l'autre côté de l'animal, conservée intacte.

Les pièces n°s 17 et 18 sont deux tibias de chien dans lesquels on a laissé les petites côtes, qui y avaient été introduites.

Dans la pièce n° 17, on voit les filamens de la membrane médullaire qui se portent sur la petite côte et s'y enfoncent pour la résorber.

Dans la pièce n° 18, la petite côte introduite est presque entièrement résorbée.

Je répète que je pourrais multiplier beaucoup le nombre de mes faits, et par conséquent celui de mes preuves : mais je ne veux pas abuser des momens de l'Académie.

Je conclus que l'os se forme dans le périoste, qu'il gros-

sit par couches externes et superposées, et que la résorption des couches internes de l'os est le vrai mécanisme de l'agrandissement du canal médullaire.

Je m'en tiens ici à ce court exposé de mes idées sur la formation des os; on trouvera toute ma théorie beaucoup plus amplement développée dans un nouvel ouvrage que je prépare, et que je publierai bientôt (1).

SUR LA MÉLANOSE DE L'ŒIL.

Par le docteur Ammon.

M. le docteur Salomon, de Saint-Pétersbourg, vient de publier les deux cas suivans :

1er *cas.* — Un homme d'environ 30 ans, d'une complexion assez saine, fut atteint, il y a trois ans, d'une violente inflammation rhumatismale de l'œil gauche, qui reparut plusieurs fois et abolit entièrement la faculté visuelle. Depuis six mois le malade s'apercevait que son œil grossissait. Le médecin, en l'examinant, reconnut que cet organe avait subi une dégénérescence fongueuse, et qu'il faisait saillie entre les paupières distendues et parcourues par des vaisseaux variqueux; en bas, il formait une masse rouge, qui avait renversé la paupière inférieure; en haut, on découvrait, sous la paupière supérieure, un staphylôme très développé de la sclérotique; vers le bas et en dehors, on voyait une petite partie de la cornée retirée sur elle-même et adhérente à l'iris. Toute la masse malade était dure au toucher et bosselée; elle jouissait de quelque mobilité, sans qu'on pût déterminer

(1) *Voyez*, pour les premiers développemens de cette théorie, mes *Recherches*, déjà plus d'une fois citées, *sur le développement des os et des dents*.

jusqu'à quel point elle remplissait l'orbite; mais rien n'indiquait que le cerveau fût atteint. Le malade accusait des douleurs, qui s'étendaient des alentours de l'œil vers le front, et qui furent attribuées à la distension des nerfs. On se décida à pratiquer l'extirpation de l'œil. La commissure externe des paupières fut fendue, la paupière supérieure séparée en partie de la masse fongueuse, celle-ci fixée avec un double crochet, et l'œil cerné par deux incisions semi-lunaires commençant près du nez. Après l'enlèvement du globe dégénéré, on trouva le fond de l'orbite plein de productions mélanotiques, qui furent saisies avec des pinces, et coupées avec les ciseaux de Cooper. Puis on extirpa la glande lacrymale, et on en lia l'artère. Le sang, fourni assez abondamment par les autres vaisseaux, fut arrêté au moyen d'injections d'eau à la glace. Pour prévenir la répullulation des dégénérescences mélanotiques, on promena un fer conique rouge dans le fond de l'orbite. Le pansement fut le même que de coutume, et l'appareil fut couvert pendant plusieurs heures d'une vessie pleine de glace. La fièvre traumatique fut légère. Le malade obtint une guérison complète.

La masse extirpée était entièrement mélanotique, et l'œil lui-même atrophié. On trouva dans son intérieur une masse pulpeuse noire et une partie du cristallin, privé de sa transparence. Le corps vitré et la rétine avaient totalement disparu. La cornée était ridée, et faisait corps avec l'iris. La masse mélanotique s'était frayée, au côté externe du nerf optique, un chemin en arrière dans le tissu cellulaire de l'orbite, et entourait ce nerf, qui, d'ailleurs, était sain. La mélanose s'étendait aussi entre les lames ramollies de la sclérotique, et formait, entre les paupières, la protubérance qui avait rejeté l'œil en dehors et en arrière.

Ici, comme il arrive souvent, la mélanose avait tiré son origine de la choroïde, et la maladie était arrivée au degré qu'on nomme fongus hématode.

2e *cas.* — Une femme mariée, de 40 ans, d'une bonne constitution, toujours bien réglée, était, depuis plusieurs années, atteinte d'une violente et profonde inflammation de l'œil gauche, qui avait dégénéré en un fongus variqueux considérable. Entre les paupières saillait une masse spongieuse rouge, qui pendait sur la joue et l'aile gauche du nez. La paupière supérieure était très distendue, pleine de vaisseaux variqueux, et adhérente à la tumeur, de sorte que la conjonctive s'étendait sur elle et jusqu'au bord palpébral. La paupière inférieure ne pouvait être aperçue qu'en soulevant la tumeur, et donnant une position horizontale à la malade. Le globe de l'œil lui-même était dégénéré dans sa moitié supérieure : en bas et en dehors, on pouvait, quand on soulevait la tumeur, apercevoir la cornée devenue opaque. Au milieu de la masse morbide se trouvait un point ulcéré, qui saignait beaucoup au moindre attouchement : la malade avait perdu par là, à différentes reprises, une quantité considérable de sang, ce qui l'avait fort affaiblie; du reste, la distension des nerfs lui causait de violentes douleurs déchirantes, pendant la nuit, dans la moitié gauche de la tête. La surface de la masse fongueuse sécrétait un liquide ténu, puriforme et fétide. On acquit la conviction que, bien qu'elle s'étendît profondément dans l'orbite, cependant elle était mobile.

Comme les parties environnantes étaient saines, on proposa l'opération, qui fut acceptée, et ne présenta aucune difficulté. L'hémorrhagie, d'abord assez considérable, céda

bientôt à l'eau glacée. La suppuration fut légère, et la plaie cicatrisée au bout de six semaines.

L'intérieur de l'œil était plein d'une masse fongueuse noire qui, à la partie supérieure et antérieure de la sclérotique, là où cette membrane fibreuse est le plus mince, s'était frayée une route au dehors, de manière à se répandre dans le tissu cellulaire ambiant, dont elle avait amené la dégénérescence, ainsi que celle des muscles oculaires. L'humeur aqueuse et le corps hyaloïde avaient disparu. Le cristallin opaque était encore contenu dans sa capsule, adhérente à l'uvée. La chambre antérieure était fort rétrécie, et la postérieure effacée. Il ne restait aucun vestige de la rétine. L'iris était ramolli, ainsi que l'uvée. La cornée opaque était un peu ridée.

La mélanose de l'œil est une maladie qui inspire toujours un sentiment de véritable horreur, parce qu'elle oblige de recourir à l'extirpation du bulbe, opération très rarement suivie de succès, car presque toujours il y a tôt ou tard récidive. La cause de celle-ci tient à ce que le siége de la mélanose n'est pas le globe de l'œil, mais la graisse qui l'entoure, tissu qu'on ne connaît pas bien encore, ni sous le point de vue de l'anatomie, ni sous celui de la physiologie. Lorsque la mélanose orbitaire se développe, le bulbe demeure assez long-temps à l'abri de la maladie : il n'éprouve d'abord que de la pression et un déplacement qui produit peu-à-peu l'exophthalmie; mais plus tard la mélanose s'empare aussi de lui, et en cause la dégénérescence. Cependant, j'ai observé des mélanoses primaires de l'œil, dans lesquelles la graisse orbitaire était saine : le mal commençait dans le bulbe, y demeurait borné, et en déterminait enfin l'atrophie, sans compromettre la vie du malade. D'après cela, il serait d'une grande importance, pour le dia-

gnostic, de distinguer deux espèces de mélanoses de l'œil, fort différentes par leur siége : celle de l'orbite, qui est incurable, et celle du bulbe, qui est curable. Je ne connais aucun cas dans lequel l'anatomie pathologique ait constaté que la mélanose ait percé la sclérotique pour se répandre dans la graisse orbitaire, et entraîné celle-ci à la même dégénérescence ; je crois même que la chose est anatomiquement impossible, et que quand la mélanose du bulbe fait des progrès, elle pénètre dans la chambre antérieure sans déplacer l'organe. Je ne saurais donc partager l'opinion du docteur Salomon, et je pense que dans les deux cas qu'il a rapportés, la formation mélanotique a eu lieu simultanément au dehors et dans l'intérieur du bulbe. Le cas suivant vient à l'appui de ma manière de voir. Il est d'autant plus important, qu'il nous fournit l'occasion de jeter un coup-d'œil sur les périodes intermédiaires de la maladie, dont il constituerait d'ailleurs une troisième espèce, la plus fâcheuse de toutes.

Un homme de 50 ans avait remarqué peu-à-peu des changemens dans la situation et les fonctions de son œil droit. Lorsqu'il vint me trouver, il voyait diversement les objets de cet œil, tantôt à moitié, tantôt de travers, quelquefois entourés de feu, etc., et le matin il y éprouvait des douleurs. Je reconnus une exophthalmie en dehors et en bas, produite par une grosse tumeur rouge placée en haut et en dedans du bulbe, sur lequel elle pendait, et qui paraissait sain. Le mal fit des progrès : l'œil fut frappé de cécité ; cependant la cornée était claire, l'iris intact, le cristallin transparent, le fond de l'œil incolore ; la tumeur, cause de l'exophthalmie, était rouge, et tapissée par la conjonctive épaissie. L'opération était l'unique ressource. Ne connaissant pas bien la nature de la tumeur orbitaire, je songeai à l'extirper en ménageant

le bulbe; mais après le premier coup de bistouri, je vis qu'il s'agissait d'une mélanose orbitaire. Il fallut enlever l'œil avec la tumeur. Le malade fut guéri en apparence au bout de quinze jours; je dis en apparence, parce que j'ai toujours vu la maladie récidiver après l'opération.

La cornée, l'iris, le cristallin et la sclérotique, étaient intacts à la partie antérieure de l'œil; le corps vitré était remplacé par une masse mélanotique.

On apercevait des dépôts mélanotiques dans la gaîne fibreuse et sur la substance médullaire du nerf optique. La matière morbide n'avait pu venir là de l'intérieur de la bulbe; elle s'était produite à l'endroit même, par des dépôts de petits points noirs épars, sécrétion morbide du sang contenu dans les ramifications de l'artère centrale. La sclérotique, bien que changée de forme et de structure, ne contenait pas encore de mélanose. Le fongus mélanotique était situé à son côté externe, et contenu tout entier dans la graisse de l'orbite. Intérieurement, on voyait la matière mélanotique plus ou moins développée sur la rétine détruite et sur la choroïde, et en la comparant avec celle qui se trouvait en dehors du bulbe, on voyait qu'elle avait exactement la même structure, quoiqu'elle ne communiquât point avec elle, et en fût séparée par la sclérotique. Le fongus mélanode n'avait donc pu passer à travers cette dernière membrane, ni de l'orbite dans l'intérieur du bulbe, ni du bulbe dans la cavité orbitaire.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

de l'hydropisie enkystée de l'ovaire,

Par M. Cazeaux, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. (1)

L'inutilité, presque constante, des médicamens internes, dans le traitement curatif de l'hydropisie enkystée de l'ovaire, a déterminé l'emploi de moyens plus énergiques. Les opérations pratiquées dans ce but sont : la *ponction*, l'*incision*, l'*extirpation*.

A. *La ponction.*

La ponction, que nous avons conseillée lorsque la suffocation est imminente, n'a pas toujours seulement pour résultat de faire cesser les souffrances et l'affreuse anxiété de la malade, et dans quelques cas heureux, mais, hélas! bien rares, elle a produit la guérison radicale de l'hydropisie enkystée. Déjà Duverney le jeune avait obtenu une guérison complète chez une jeune fille de vingt ans, dont le ventre avait commencé à se tuméfier depuis près de deux années. Elle avait été si bien guérie, qu'elle se maria et qu'elle eut des enfans. La science possède aujourd'hui plusieurs faits à-peu-près semblables; Boyer en rapporte un dont il a été témoin; et je ne puis résister au désir d'en citer un nouveau, que je dois à l'obligeance de M. le docteur Dhéré, qui a donné ses soins à la malade.

Madame P..., d'une constitution forte, d'un tempérament bilieux, d'une énergie morale très grande, ayant des époques régulières, peu abondantes et de courte durée, avait conservé jusqu'à l'âge de quarante ans une santé inaltérable,

(1) Cet article est extrait d'une thèse très étendue sur les kystes de l'ovaire, thèse soutenue par M. Cazeaux dans le dernier concours de l'aggrégation.

malgré une fausse couche, deux grossesses pénibles, deux accouchemens naturels mais difficiles, et deux allaitemens prolongés, et traversés par des fatigues excessives, des veilles et des chagrins.

Ce fut en 1836, après la mort de son dernier enfant, qui avait succombé à la suite d'une très longue et cruelle maladie, que la dame P... éprouva quelques dérangemens dans sa santé, qu'elle ressentit *des gonflemens* dans le ventre, les règles restant toujours à l'état normal. Dix-huit mois plus tard, on constatait dans le côté droit du bas-ventre une tumeur qui appartenait évidemment à l'ovaire droit. Cette tumeur eut bientôt acquis le volume de la tête d'un fœtus à terme, et la fluctuation y devint manifeste. Alors madame P..... réclama les soins de M. le professeur P. Dubois qui confirma ce diagnostic (tumeur enkystée de l'ovaire droit), et qui, pendant cinq années, chercha, par le traitement le plus rationnel, à empêcher le développement du kyste. Malgré tous ses efforts, la tumeur augmenta, quoique lentement, et enfin elle présentait, il y a vingt mois, le volume de la matrice d'une femme à terme.

Pendant les cinq années qui avaient précédé cette dernière époque, la santé générale avait décliné; les traits étaient altérés, la décoloration très marquée, et l'amaigrissement extrême. Les parois du ventre et celles du kyste réunies présentaient à peine l'épaisseur de 1 centimètre, et le liquide qui, dans toutes les parties de la tumeur, avait une mobilité très grande, paraissait aussi rapproché de la main qui l'explorait que dans les ascites les plus développées.

Cependant il est à noter qu'à ce moment même, c'est-à-dire six mois avant les accidens inflammatoires qui ont nécessité la ponction, il y eut un temps d'arrêt bien marqué

dans le développement du kyste : la malade reprit un peu d'embonpoint, ses traits étaient moins altérés, sa décoloration moindre, ses forces un peu revenues; et cette amélioration eut lieu sans qu'il fût possible de lui assigner une cause, puisque le retour des règles, qui avait lieu tous les quinze jours, avec une durée de sept à huit jours chaque fois, ne permettait plus d'employer les purgatifs aussi régulièrement qu'on l'avait fait jusqu'alors.

C'est dans ce moment, où l'on pouvait espérer d'enrayer cette affection, et où la maladie semblait passer à l'état d'infirmité, qu'à une époque menstruelle, un mois avant la ponction, et sans cause appréciable, la malade ressentit dans la tumeur des douleurs très vives, comparables en tout à des douleurs de névralgie. Alors madame P... fut forcée de garder le lit pendant trois jours, et les douleurs ne cédèrent qu'à l'emploi de légers révulsifs sur la peau de l'abdomen, des cataplasmes opiacés, des bains, etc. Ces douleurs, qui avaient complétement disparu, se renouvelèrent avec beaucoup plus d'intensité il y a onze mois. Alors elles s'accompagnèrent d'une réaction générale considérable, d'une extrême fréquence du pouls, de vomissemens, de difficultés d'uriner et d'aller à la garde-robe, qui nécessitèrent plusieurs fois le cathétérisme et l'usage fréquent de lavemens huileux. La dyspnée devint extrême, l'anxiété continuelle. Aucune position n'apportait de soulagement à la malade, qui, ne pouvant respirer ni assise, ni couchée, restait levée, malgré l'épuisement de ses forces, soutenue sur les bras des personnes qui l'entouraient, ou penchée en avant, le ventre appuyé contre le bord d'un lit, la tête et les bras reposant sur des oreillers. Pendant les trois jours et les trois nuits que dura cette terrible situation, M. le professeur Du-

bois s'était adjoint deux de ses collègues, MM. les professeurs Fouquier et Chomel, qui virent assidument la malade.

Les accidens furent combattus par tous les moyens que l'art pouvait indiquer : saignée, bains prolongés, bains de siége, applications émollientes, opiacées, etc., tout resta sans succès ; la position s'aggravait de moment en moment, le pouls s'affaiblissait, l'asphyxie devenait imminente, et la malade, qui conservait toute sa force morale, et qui avait la conscience d'une augmentation incessante dans le volume de la tumeur, demandait à grands cris la ponction.

Le quatrième jour, enfin, à leur consultation du matin, MM. Fouquier, Chomel et Paul Dubois pensèrent que la ponction devait être pratiquée, et elle le fut, en effet, quelques heures plus tard par M. P. Dubois.

Un large bandage compressif, muni de boucles métalliques et de forts rubans de fil, fut préalablement appliqué et serré convenablement au dessus du lieu d'élection où fut faite la ponction. A mesure que le liquide s'écoulait, les rubans du bandage, passés dans les boucles, étaient resserrés, de telle sorte que la malade ne ressentit aucun effet de la déplétion qui s'opérait dans son ventre, et qu'il n'y eut pas la moindre disposition à la syncope.

M. Dubois jugea convenable de ne vider la tumeur qu'*aux deux tiers* environ ; il tira six litres de liquide à-peu-près. Alors le bandage fut descendu et appliqué à demeure.

Le liquide obtenu était un peu trouble vu en masse, d'un brun rougeâtre, sanguinolent, et paraissait formé d'une sérosité très fluide, plus ou moins citrine, mêlée à une certaine proportion de sang d'exhalation récente : tel était du moins l'aspect qu'il présentait vu en couches de peu d'épaisseur.

Après l'opération, la tumeur redescendit au dessous de

l'ombilic ; le soulagement fut instantané ; la malade put rester dans son lit, et goûter un peu de repos. Cependant le mouvement inflammatoire ne cessa pas ; le pouls resta fréquent long-temps encore, la tumeur était toujours douloureuse à la pression ; et quatre ou cinq jours après la ponction une nouvelle exhalation s'y était produite, l'avait élevée de nouveau au dessus de l'ombilic, et faisait entrevoir la nécessité prochaine de recourir à une nouvelle ponction. Mais, après six à sept semaines d'un traitement parfaitement entendu, tous les symptômes, qu'avaient encore aggravés la maladie et la mort d'une personne attachée à madame P..., et qui avait succombé à côté d'elle ; tous les symptômes, disons-nous, cédèrent peu-à-peu ; l'appétit reparut, les digestions, long-temps mauvaises, se rétablirent, les forces revinrent, et la tumeur diminua de volume progressivement ; ses parois acquirent une densité plus grande, et enfin aujourd'hui elle présente à peine le volume du poing ; elle est bien dure, et l'on n'y sent plus de fluctuation.

Depuis onze mois que la ponction a été faite, le rétablissement de la santé générale peut être considéré comme définitif ; la malade a repris un embonpoint plus grand qu'à aucune autre époque ; son teint est bon ; elle a de la fraîcheur, et ses forces lui permettent de faire à pied, comme autrefois, de longues promenades.

Il est bon de noter que pendant plusieurs mois après la ponction, madame P... a ressenti dans la région de la tumeur une douleur fixe, comparable à celle d'un tiraillement produit par une adhérence récente. Ces douleurs ont complétement disparu ; et les règles, qui se sont montrées deux fois depuis l'opération, semblent avoir définitivement cessé.

Comment s'opère la guérison de la tumeur ? Les parois du

kyste se rétractent-elles peu-à-peu, où la ponction détermine-t-elle dans le kyste une inflammation qui se termine par l'adhérence, comme cela a lieu ordinairement à la suite de l'inflammation des membranes séreuses, dans la tunique vaginale, par exemple, après l'injection vineuse ou iodée? Nous avouons ne pas être en mesure pour décider cette question.

Les faits de guérison spontanée ne sont pas encore assez nombreux. Cependant, en considérant le peu d'accidens qu'a éprouvés la malade dont nous venons de rapporter l'histoire, nous pencherions plutôt vers la première hypothèse. Ce retrait des parois de la tumeur est évidemment produit par leur propre élasticité et par la pression qu'exercent sur elle les parois abdominales et les organes voisins, qui tendent peu-à-peu à reprendre leur position et leur dimension normales, depuis long-temps modifiées par la tumeur.

Effrayés par les accidens sérieux qui peuvent résulter d'une simple paracentèse abdominale, découragés par la promptitude avec laquelle se reproduit le liquide, rapidité d'autant plus grande qu'on a plus souvent vidé le kyste, inquiets surtout de l'épuisement toujours croissant des forces de la malade, de sa maigreur excessive quand la nécessité de l'opération se répète souvent, les chirurgiens se sont demandé s'il ne serait pas possible d'obtenir par l'art ce que la nature a fait plusieurs fois toute seule ; je veux parler de la guérison radicale de la maladie. Dans cette intention, ils ont ajouté à la ponction plusieurs moyens variés, et qui tous avaient pour but de développer une inflammation dans les parois du kyste. Ainsi des injections ont été faites dans la tumeur ; on a introduit par l'ouverture pratiquée avec le trois-quarts, des mèches, des sondes, des tentes de diverses sortes, qu'on y laissait à demeure, à-la-fois pour faciliter l'é-

coulement des liquides en maintenant l'ouverture béante, et pour arrêter par leur présence les parois de la poche.

Les premières injections faites dans l'intérieur du kyste sont simplement émollientes; elles sont uniquement destinées à nettoyer la surface interne de la poche. Un peu plus tard, on a cherché à exciter les parois en injectant des gaz irritans, du vin chaud, des solutions de nitrate d'argent. Ollenroth a voulu agir encore plus énergiquement, et, dans le but de détruire en partie les parois du kyste et de rendre plus fluide le liquide quelquefois trop épais pour s'écouler facilement, il propose l'injection d'une solution faible de potasse caustique ou de teinture de cantharides. Les expérimentations faites sur les injections iodées dans les cavités closes ont dû nécessairement faire naître l'idée de les utiliser dans la cure radicale des kystes de l'ovaire. Je ne sache pas que ce dernier médicament ait été employé dans le cas qui nous occupe; mais les expériences nombreuses de M. Velpeau ont tellement démontré son innocuité dans une foule de cas, qu'on pourrait peut-être y avoir recours dans un kyste peu volumineux.

Entretenir au pus ou autres liquides une issue facile est une chose importante, et qu'on a voulu obtenir en laissant à demeure dans l'ouverture, devenue fistuleuse, une bougie, une mèche ou une canule. Ce dernier instrument a été employé avec succès par Ollenroth (*London Méd. Gazette*, 1835) chez une femme qui avait déjà subi sept ponctions assez rapprochées et inutiles. Ce médecin, après avoir pratiqué la ponction dans l'endroit où il l'avait déjà faite, a retiré le trois-quarts de la canule, et a introduit à la place une sonde en argent dont le bout interne était rond et troué. Après l'écoulement de quatre ou cinq litres d'un liquide jau-

nâtre, il a bouché l'extrémité de la canule avec un tampon, et a laissé l'instrument en place. Matin et soir le tampon fut retiré pour laisser évacuer le liquide. Le vingt-huitième jour seulement l'instrument fût retiré. Pansement simple; guérison radicale qui se maintient depuis trois ans.

M. Rambaud a présenté à l'Académie des sciences, le 7 février 1841, un instrument destiné à faciliter l'évacuation des kystes de l'abdomen, et spécialement des kystes de l'ovaire; il a été imaginé dans le but :

1° De donner issue aux liquides contenus dans les tumeurs enkystées de l'abdomen, sans courir le risque d'un épanchement dans la cavité péritonéale;

2° De déterminer une adhérence entre le feuillet pariétal du péritoine et celui qui forme la paroi interne du kyste;

3° Et d'établir une fistule au moyen de laquelle le liquide sécrété par la surface interne du kyste s'écoule au dehors au fur et à mesure de sa formation, jusqu'à ce que les ressources de l'art ou les efforts de la nature en aient tari la source.

L'expérience n'a pas encore prononcé sur les avantages et les inconvéniens de cet instrument.

Dans les cas où la ponction n'a pas été faite de manière à rendre facile l'écoulement du pus, Holscher et Truckmueller ont donné le conseil de pomper journellement, au moyen d'une seringue, le liquide contenu dans la cavité du kyste (*Encyclopédie* de Schmidt, Leipzig, 1841).

Après la ponction et la sortie des matières contenues dans l'intérieur du kyste, celui-ci se rétracte, et il est bien rare que l'ouverture pratiquée aux parois de la tumeur et celle qui a été faite aux parois abdominales conservent exactement leur rapport primitif. De ce défaut de parallélisme des deux ouvertures peut résulter un épan-

chement plus ou moins considérable dans le péritoine.

C'est pour le prévenir, que quelques chirurgiens ont conseillé, avant de pratiquer la ponction, de chercher à déterminer des adhérences entre la séreuse pariétale et la portion du péritoine qui recouvre le kyste. Nous exposerons plus loin les divers procédés employés dans ce but; car c'est surtout avec la pensée de pratiquer l'incision de la tumeur que les chirurgiens y ont eu recours. Parmi ces procédés, il en est un dont je parlerai en ce moment, parce que M. Trousseau, qui en eut le premier l'idée, l'employa avec le projet bien arrêté de pratiquer la ponction. Ce procédé consiste à introduire successivement plusieurs longues épingles à travers la paroi du ventre, et jusque dans la tumeur. Je crois ne pouvoir mieux faire, pour en bien faire connaître les détails, que de rapporter l'observation suivante, que je dois à l'obligeance de M. le docteur Bouchut, interne distingué des hôpitaux.

Sophie Bernardin, âgée de trente-deux ans, qui deux ans auparavant avait déjà été traitée par M. Trousseau, pour des tumeurs qui probablement avaient leur siége dans le mésentère, et dont elle avait été bien guérie, commença à souffrir dans les reins. Elle éprouvait des lassitudes, de la douleur à l'hypogastre. Bientôt apparut en cet endroit une tumeur fixée du côté gauche du petit bassin. Elle consulta M. Trousseau, qui voulut attendre. Trois mois se passèrent, et les accidens ne disparurent point; ils devinrent, au contraire, insupportables. La tumeur grossissait d'une manière menaçante, et quand la malade entra à l'hôpital, elle avait le volume d'une tête d'enfant.

Libre, légèrement mobile dans la partie inférieure de l'abdomen qu'elle distendait un peu, on pouvait, à travers la paroi, sentir la fluctuation. On la sentait également, par le rectum

et le vagin, l'autre main étant placée sur la peau du ventre.

On recommença l'usage des altérans et des fondans, avec moins de persévérance peut-être que la première fois; mais la tumeur prenant chaque jour un volume plus considérable, les douleurs devenant plus vives, nous déterminent à tenter un moyen chirurgical pour débarrasser cette malade. Toute hésitation cessa lorsque, après avoir calculé les dangers du procédé, nous mettions devant nos yeux ceux qui suivent le développement d'une hydropisie enkystée.

Nous résolûmes donc d'essayer d'amener des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale; puis de l'ouvrir à l'aide d'un trois-quarts explorateur, et enfin de mettre dans ce trou une mèche qui pût faire dégénérer le trajet en fistule. De cette manière les parois du kyste pourraient peu-à-peu revenir sur elles-mêmes, et, avec le temps, s'accoler en se resserrant au point de tarir la fistule.

La première chose à faire était donc d'obtenir des adhérences entre le kyste et la paroi du ventre. Comme les procédés de MM. Récamier et Bégin ne sont pas toujours sans quelques inconvéniens, nous avons employé le suivant.

Chaque jour, application d'une ou plusieurs longues épingles, allant de la paroi abdominale jusque dans le centre de la tumeur, avec la précaution de comprimer assez le ventre pour fixer la tumeur en un point de l'abdomen. Il est facile de concevoir que, deux feuillets du péritoine se trouvant accolés, si une épingle vient à les traverser, il doive s'ensuivre une inflammation circonscrite qui, étant répétée tous les jours, amène une adhérence des deux feuillets. Alors on peut ouvrir la tumeur, sans craindre que le contenu ne s'épanche ailleurs qu'au dehors.

Chez notre femme, le traitement fut commencé le 2 fé-

vrier. La première fois, on avait employé deux aiguilles avec des têtes de cire à cacheter. Elles furent placées du côté gauche, vers le milieu d'une ligne qui irait de la crête iliaque à la ligne blanche. Entre la tête de l'aiguille et la peau, on eut le soin de mettre une rondelle en caoutchouc, destinée à empêcher l'irritation du tégument externe.

La chaleur du corps ramollit la cire, et une aiguille se perdit dans la tumeur; le lendemain on n'en retira qu'une. Nous prîmes alors des aiguilles avec des têtes de verre.

Jusqu'au 17 février, cinq applications d'aiguilles eurent lieu dans le rayon d'un centimètre autour de la première piqûre. Voici ce qui se passait après chaque application : douleur immédiate très vive au niveau de la piqûre, augmentant rapidement en quelques heures, au point de devenir insupportable. Cette douleur augmentait par les mouvemens de la malade dans son lit, et par les mouvemens de respiration : soif vive, sécheresse de la gorge, peau chaude, fréquence du pouls, dysurie et suppression de l'urine, sommeil agité.

Les épingles furent laissées tantôt douze heures, tantôt vingt-quatre heures; dès qu'on les retirait, tous les accidens disparaissaient.

Le 17. En faisant respirer la malade, en lui faisant retirer son ventre en arrière, il se produisait un enfoncement dans la peau, au niveau de l'endroit d'application des aiguilles, absolument comme s'il y avait des adhérences entre la peau et une partie subjacente.

On fit alors une ponction avec un trois-quarts explorateur, et l'on retira environ huit onces de liquide filant, d'un jaune rougeâtre; il est entièrement épais et formé d'albumine, et se prend en gelée blanche à l'aide de l'acide nitrique. Au

dire de la malade, cette ponction fut moins douloureuse qu'une application d'aiguille.

Une fois le trois-quarts retiré, on mit à sa place une mèche composée de deux brins de fil de platine ; le ventre fut entouré d'un bandage compressif.

La nuit qui suivit cette opération fut bonne, et le séjour de la mèche fut moins gênant que le séjour d'une aiguille ; la journée se passa sans fièvre ; on laissa la mèche en place.

Le surlendemain, 19 février au matin, comme on venait d'imprimer au laiton quelques mouvemens, il se manifesta dans le ventre une douleur fort vive. D'abord circonscrite aux environs de la piqûre, elle se propagea rapidement à tout l'abdomen.

Soif fréquente, nausées, vomissemens peu abondans, pas de sommeil, agitation ; peau chaude, pouls petit, serré, 126.

La face pâlit et s'altère, le ventre se distend ; la respiration devient haute, suspirieuse, amenant une vive douleur au ventre.

Les douleurs continuèrent pendant vingt-quatre heures encore, augmentèrent même, et furent accompagnées des mêmes accidens, malgré les applications d'onguent mercuriel faites sur la tumeur. Le 20 au soir, on retire le fil de platine.

Peu de soulagement immédiat, continuation des douleurs pendant toute la nuit, nausées, un vomissement ; fièvre vive ; la face est excessivement pâle, les yeux se cavent, le nez est pincé.

Le 21 au matin, le ventre est fort distendu ; par suite du développement du kyste, il est fluctuant et surtout douloureux dans la fosse iliaque droite, *du côté opposé à l'acupuncture*. La plus légère pression fait crier la malade ; la

peau est chaude, couverte de sueur; la face et les extrémités sont un peu refroidies; pouls excessivement irrégulier, intermittent, contracté, 130.

On pratique une nouvelle ponction, afin de diminuer la tension du ventre; il en sort trente-sept onces de liquide jaunâtre, visqueux, moins transparent que celui de la première ponction; il est entièrement formé d'albumine, ainsi que le démontre l'addition d'acide nitrique.

La douleur devint immédiatement moins vive; il fut établi une compression modérée sur toute la paroi abdominale.

L'on continue les onctions mercurielles; dans la journée, tendance à la syncope, hoquet, quelques vomissemens; le soir, le ventre avait repris le volume qu'il avait le matin: nuit mauvaise; le 23, état des plus graves: mort dans la soirée.

Autopsie seize heures après la mort.

Abdomen. — La cavité péritonéale ne contient pas de liquide, mais on trouve sur toute la surface séreuse des traces évidentes d'inflammation.

Le péritoine de la paroi abdominale est partout couvert d'une exsudation plastique mince, au-dessous de laquelle on voit la séreuse blanche et un peu épaissie. Cette couche pseudo-membraneuse est fortement injectée; elle présente, à la loupe, une apparence granuleuse.

Le péritoine de la tumeur est complétement dégénéré; il est lisse, pâle, épaissi. Son épaisseur est assez considérable. Il paraît altéré par l'organisation d'une exsudation plastique, amenée par une inflammation antérieure. En un mot, cette membrane se présente à l'état d'inflammation chronique. Lors d'une première cause d'irritation, il s'est épanché de l'albumine à la surface de cette séreuse, l'exsudation

s'est peu-à-peu organisée, et le péritoine a été détruit, ou mieux est devenu méconnaissable.

La tumeur remplit tout le petit bassin et l'abdomen, jusqu'à deux pouces au-dessus de l'ombilic. Elle a le volume de deux têtes d'adultes réunies. Elle est fluctuante ; la surface extérieure est blanchâtre, sans fausses membranes, ainsi que nous l'avons indiqué en décrivant l'état du péritoine.

Du côté droit, là où, pendant la vie, la malade accusait une si vive douleur, existe une perforation de cette tumeur. Elle est juste assez grande pour laisser passer un stylet ; le liquide de la tumeur sort par cette ouverture.

Du côté gauche, là où les aiguilles ont pénétré, on remarque sept ou huit petits points noirs qui ne donnent passage à aucune espèce de liquide. Dans l'un d'eux on retrouve, toute rouillée, l'aiguille que nous avions perdue au début du traitement.

Cet endroit est recouvert par la trompe gauche, qui a sept ou huit pouces de long, et qui a contracté des adhérences intimes avec la tumeur, de telle sorte que les aiguilles ont été placées tout autour de ce conduit.

La surface interne de cette tumeur est tapissée par une membrane mince, ramollie. Elle est hérissée de granulations gélatiniformes, de tubercules plus ou moins volumineux, formés de matière colloïde ou encéphaloïde.

La paroi de cette tumeur est fort dure, d'épaisseur inégale, ne dépassant pas un centimètre, mais étant si mince à d'autres parties, qu'elle est translucide. C'est dans un de ces endroits que se trouve l'ouverture que nous avons mentionnée, et qui est probablement le résultat d'une rupture ; il n'y a autour d'elle aucun travail ulcératif. Le tissu de la paroi est blanc nacré comme du squirrhe.

L'intérieur de la tumeur est rempli par un liquide rouge sans viscosité. On y rencontre des caillots de sang noir, déposés au fond et mêlés à un liquide purulent.

Sur le bas-fond de cette tumeur, et au côté droit, il existe un autre kyste gros comme un œuf, formé par une membrane très mince contenant un liquide séreux jaunâtre.

Tous employés dans un but utile, ces instrumens et ces injections irritantes ont souvent le grand inconvénient de faire plus qu'on ne leur demande, et l'inflammation qu'ils produisent peut, en s'étendant au péritoine, devenir rapidement mortelle. Aussi n'est-ce qu'avec répugnance que la plupart des chirurgiens y ont recours. Mais les insuccès qu'on leur reproche doivent-ils réellement leur être attribués, et ne sont-ils pas dus plutôt à la difficulté avec laquelle, après la ponction abdominale, les liquides s'écoulent à l'extérieur? Malgré toutes les précautions, en effet, l'ouverture est située bien au-dessus de la partie inférieure du kyste, et il est à-peu-près impossible d'éviter la stagnation des fluides sécrétés à sa face interne.

C'est précisément pour parer à cet inconvénient que, depuis long-temps déjà, les chirurgiens ont proposé de ponctionner la tumeur à sa partie la plus déclive, et, pour cela, de faire pénétrer l'instrument par la partie supérieure du vagin.

Cette dernière opération n'est pas aussi nouvelle qu'ont bien voulu le dire quelques personnes : Vermandois raconte qu'elle fut pratiquée en sa présence, en 1803, par un chirurgien qu'il ne nomme pas.

La ponction fut faite à travers la paroi antérieure du vagin. La malade mourut, et, à l'autopsie, on constata qu'avant d'arriver dans l'intérieur du kyste, l'instrument avait traversé la vessie de part en part.

Delpech publia, en 1815, un mémoire sur cette maladie, dans lequel il annonce qu'Antoine Dubois a employé ce procédé avec le plus grand succès.

Mais c'est surtout dans ces dernières années que la ponction vaginale a été de nouveau expérimentée. Elle a été pratiquée par MM. Naumann, Récamier, Nonat, dont les observations sont consignées dans le Mémoire de M. Tavignot, par M. Arnott (*London, Med. gaz.*, mai 1839). Les malades de MM. Nonat et Naumann se rétablirent; mais chez la première, la maladie se reproduisit ultérieurement. Celle de M. Récamier, sur l'opération duquel nous reviendrons, succomba. Le docteur Ogden a également publié (*London, Med. gaz.*, janv. 1840) un cas de ponction vaginale suivi de guérison complète et radicale. Au rapport de l'auteur d'un Mémoire présenté à la Société médicale d'Émulation, elle a été pratiquée par MM. Nœtig, Wattson, Bishop et Schwabe.

Je ne connais pas les détails des trois premières opérations; dans la quatrième, la canule fut retirée le quatorzième jour après la ponction. La malade a parfaitement guéri, et jouit depuis six ans d'une bonne santé. M. le docteur Hirtz a publié, dans sa thèse inaugurale, un cas d'hydropisie aiguë traitée avec succès par la ponction vaginale, et emprunté à la clinique du professeur Stoltz. Malheureusement, la malade n'a pas été suivie assez long-temps après l'opération pour qu'on soit sûr que la maladie ne reviendra pas. Enfin, MM. Michon et Briquet ont bien voulu nous communiquer un fait que nous reproduirons dans toute sa vérité. C'est M. Briquet lui-même qui a bien voulu se charger de la rédaction.

Thérèse Legros, âgée de trente-six ans, avait déjà subi

une paracentèse abdominale pour une tumeur énorme de l'ovaire droit. A la suite de cette opération, la vie fut quelques jours compromise. Guérie de ce premier accident, la malade vit sa tumeur se reproduire avec une extrême promptitude, et ses souffrances nécessitèrent une nouvelle évacuation que, d'ailleurs, la malheureuse demandait avec instance. Nous nous décidâmes, dit M. Briquet, à la ponction vaginale. Nous fîmes part de notre projet à notre habile collègue, M. Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin ; il l'adopta complétement, et voulut bien le mettre lui-même à exécution.

Le 16 septembre, la malade étant couchée sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses, et les cuisses sur le bassin, on sent au côté gauche du col de l'utérus que le cul-de-sac du vagin est tendu, et qu'il présente une fluctuation manifeste ; un aide comprimant le ventre, M. Michon fait glisser dans le vagin un trois-quarts courbe, l'index servant de conducteur ; puis il perfore le vagin et le kyste à gauche et un peu en arrière du col. Aussitôt jaillit un liquide verdâtre, de consistance sirupeuse, et mêlé de nombreux flocons albumineux, pouvant remplir un seau et demi. Il restait à maintenir libre l'ouverture qui venait d'être faite ; nous étions d'avis de laisser en place la canule du trois-quarts, qui avait au moins six à sept pouces de longueur ; plusieurs des assistans nous représentèrent que la canule pourrait, en raison de sa brièveté, sortir du kyste, et nous cédâmes, M. Michon et moi, en quelque sorte à regret, à la crainte de voir la canule se déranger. Une sonde de gomme élastique fut donc substituée à la canule avec une grande facilité, et maintenue en place à l'aide d'un bandage approprié.

17 septembre. La malade a très bien passé la journée du 16, ainsi que la nuit, et nous la trouvons dans un état de

calme physique et moral très satisfaisant; le facies est normal; il y a de l'appétit bien prononcé; l'abdomen est médiocrement développé; il est sonore partout, excepté en bas et à droite; pas la moindre douleur à la pression; il y a eu la veille quelques légères coliques et une selle normale; la peau est fraîche, et le pouls à peine fréquent; les cuisses n'ont point encore changé de volume, mais, en examinant la sonde, on trouve que, bien qu'elle soit restée en place, néanmoins elle ne laisse rien écouler, et l'on en trouve la raison dans le peu de rapport de son canal avec la consistance du liquide; on cherche en vain, en l'agitant, à débarrasser ses yeux, et l'on se convainc qu'elle ne peut donner issue aux liquides; force est bien alors de replacer la canule du trois-quarts, et l'on suppose qu'en se servant de la sonde comme conducteur, ce remplacement se fera facilement, la canule devant glisser sur la sonde : mais des difficultés incroyables et renaissant à chaque instant, se présentèrent; il fallut toute la sagacité et toutes les ressources d'esprit de M. Michon pour les vaincre; à la fin la canule parut avoir pénétré dans le kyste; la sonde fut retirée, et à ce moment il s'écoula un demi-litre d'un liquide d'aspect absolument semblable à celui qu'on avait la veille extrait du kyste; la canule fut fixée, et on se crut en sûreté.

Mais, au bout d'une heure, une doule r très vive se manifeste dans l'abdomen, la face se grippe, la fièvre s'allume, des nausées et des vomissemens surviennent. Une application de quatre-vingts sangsues sur l'abdomen, des frictions mercurielles, de l'huile de ricin, ne modèrent en rien les accidens, et la malade meurt dans la soirée, au milieu des accidens d'une péritonite suraiguë.

Autopsie. — Kyste de l'ovaire gauche, de forme ovalaire,

obliquement situé, de telle sorte que son grand diamètre est obliquement dirigé du côté gauche du bassin vers le côté droit de l'abdomen, considérablement affaissé, ayant ses parois flasques et couvertes de larges rides et de replis qui indiquent le retrait que la poche a éprouvé; son volume paraît diminué, car il semble qu'elle ne serait capable de contenir qu'un peu plus de la moitié du liquide qu'on a tiré par la ponction. Elle ne plonge plus dans le petit bassin, elle est unie aux parties environnantes par quelques adhérences; on en trouve quelques-unes fort lâches, qui lient le sommet du sac à la paroi abdominale antérieure. D'autres existent à gauche, entre elle et la portion correspondante du détroit supérieur du petit bassin. Il n'en existe point à l'endroit où correspond la piqûre faite lors de la paracentèse abdominale. L'utérus, placé très obliquement en avant de la tumeur, est déjeté à droite, son col, très allongé, restant dans une position normale au centre du bassin. La vessie, du volume d'une grosse noix, ne peut se dilater : elle est comprimée entre la tumeur et les pubis derrière lesquels elle est cachée; l'uretère gauche est serré contre le sacrum et considérablement rétréci, tandis qu'au-dessus il offre une dilatation qui lui donne le volume du petit doigt. L'uretère droit, déplacé et de très petit volume, passe au-devant de la tumeur; les veines iliaques, comprimées, sont remplies de caillots grisâtres et durs; les veines des cuisses et des jambes en contiennent qui sont noirs et plus mous. L'intérieur du kyste contient une quantité médiocre d'un liquide analogue à celui qui a été évacué par la ponction. La face externe des parois est finement injectée en certains points, en d'autres elle est couverte de plaques grisâtres et de fausses membranes albumineuses en partie libres et en partie flottantes; en bas, et

dans la portion correspondante au lieu où l'on sentait des masses dures, existent des masses de matières encéphaloïdes et colloïdes, dans le centre desquelles se trouve du sang infiltré. Le kyste a des parois fibreuses d'une petite épaisseur ; l'ouverture faite par le trois-quarts se trouve dans le vagin à gauche et un peu en arrière du col de l'utérus ; l'instrument a traversé le vagin, le péritoine, le cul-de-sac péritonéale qui se trouve entre la vessie et le rectum, et a perforé le kyste à sa partie inférieure. La canule n'est plus dans le kyste, elle se trouve dans le cul-de-sac du péritoine. On voit qu'en la remettant en place, et de telle sorte que son bout inférieur dépasse l'entrée du vagin, son autre extrémité pénètre dans le kyste, d'un pouce à-peu-près, qu'il n'y avait, par conséquent, aucune crainte à avoir sur le déplacement de cette canule.

Le péritoine offre les traces de la péritonite latente qui a causé la mort. Dans le petit bassin on trouve deux à trois verres d'un liquide semblable à celui que contenait le kyste. Dans les fosses iliaques, et dans les espaces que laissent entre eux les intestins, il y a un liquide rougeâtre mêlé de flocons albumineux.

Cette opération compte, on le voit, des succès et des revers. Sur les douze cas que j'ai pu recueillir, il faut en retrancher trois, dont les détails nous sont inconnus. Sur les huit autres, nous comptons, sauf renseignemens ultérieurs, une récidive (Nonat), trois morts (Vermandois, Récamier, Michon), et cinq guérisons complètes (Naumann, Ogden, Schwabe, Arnott, Stoltz), auxquelles il faut pourtant ajouter un sixième cas d'Ant. Dubois, cité par Delpech. A tout prendre, c'est donc une opération à conserver pour le cas où la vie de la malade semble compromise par le volume énorme

de la tumeur, mais à laquelle on ne doit penser qu'avec la plus grande réserve, lorsque la tumeur est peu volumineuse et constitue seulement pour la malade une cause de gêne et d'incommodités.

Dans le premier cas, elle me paraît avoir sur la ponction abdominale d'incontestables avantages; car, suivie d'un traitement convenable, elle procurera beaucoup plus souvent la guérison radicale. Mais il ne faut pas oublier que, pour donner un bon résultat, elle nécessite certaines conditions qui n'existent pas toujours : la première, c'est que la partie inférieure de la tumeur fasse saillie à la partie supérieure du vagin, et soit facilement accessible; la seconde, c'est que le kyste soit uniloculaire ; la troisième, c'est qu'il n'existe, ni dans les parois du kyste, ni dans les organes voisins, aucune de ces dégénérations qui, par elles-mêmes, sont au-dessus des ressources de l'art.

Il est inutile d'insister sur l'importance qu'il y a à ne pratiquer la ponction vaginale que lorsque la tumeur est assez basse pour pouvoir être sentie par le toucher vaginal. Sans cette condition, il serait à-peu-près impossible d'éviter un épanchement après l'opération.

Il est quelquefois si difficile de se prononcer sur la question de savoir si la poche est unique ou multiple; si elle est ou non compliquée de dégénérations cancéreuses ou autres, et cependant cela a toujours une si grande influence sur le résultat de l'opération, que M. Briquet, qui s'est beaucoup occupé de cette question, n'hésite pas à dire que la ponction vaginale doit être uniquement réservée pour les cas où déjà une première paracentèse abdominale a éclairé sur la forme particulière du kyste et l'absence complète de toute tumeur abdominale. Cette prudente réserve doit, à notre avis, être

limitée. Si, en effet, au point de vue de la guérison, la ponction vaginale est beaucoup plus sûre que la paracentèse, elle expose peut-être plus souvent la vie des malades. Indépendamment, en effet, de l'inflammation du kyste, qui peut, ici comme ailleurs, s'étendre aux parties voisines. les épanchemens dans le péritoine et dans le tissu cellulaire du petit bassin sont facilités par la position déclive de l'ouverture et l'intervalle qui peut exister entre les parois vaginales et celles de la tumeur. Il ne faut donc la pratiquer que dans des conditions qui seules rendent le succès probable, et ces conditions sont celles que nous venons de rappeler.

Le procédé opératoire est, du reste, assez simple. La malade étant placée en position convenable, un aide comprime le ventre afin d'abaisser la tumeur et de la faire saillir autant que possible. L'opérateur, après s'être bien assuré de la fluctuation, dirige sur son doigt indicateur un trois-quarts courbe, analogue à celui dont on se sert pour la ponction de la vessie, puis il perfore, dans le cul-de-sac postérieur du vagin, le kyste un peu en arrière du col utérin. On retire le trois-quarts, et on laisse la canule par où s'échappe le liquide.

L'instrument employé pour maintenir l'ouverture qui vient d'être faite est quelquefois la canule même qui a servi à faire la ponction, d'autres fois une sonde de gomme élastique qu'on lui substitue. Les détails consignés dans l'observation de M. Briquet doivent engager à préférer la canule, et à la laisser à demeure dans le kyste pendant un temps assez considérable. Le traitement consécutif consiste à combattre, par des moyens appropriés, les accidens inflammatoires, à faciliter la rétraction des parois de la tumeur par une compression méthodique exercée sur l'abdomen, à désobstruer la ca-

nule dès qu'on s'aperçoit qu'elle est bouchée, ce qu'on reconnaît facilement par la suppression de l'écoulement : l'introduction d'un stylet, ou une injection émolliente suffirait alors ; mais il faut bien se garder de retirer la canule, car sa réintroduction pourrait offrir de sérieuses difficultés, et même quelquefois être impossible.

Il est des circonstances spéciales, dit M. Tavignot, qui peuvent singulièrement gêner, et parfois rendre même impossible la ponction par le vagin ; je me demande si, dans ce cas, on ne pourrait pas attaquer le kyste par une ponction recto-ovarienne. Je ne sais si cette hypothèse est justifiée par des faits ; mais l'opération proposée par M. Tavignot n'est pas nouvelle. Dans plusieurs cas de dystocie causée par des kystes ovariens, quelques chirurgiens ont préféré la ponction par le rectum.

La paracentèse vaginale a été pratiquée par M. Récamier à l'aide d'un procédé qui diffère essentiellement de celui que nous venons d'indiquer. Après la ponction abdominale, il évacua les quatre cinquièmes du liquide que contenait le kyste, puis, réintroduisant la lame de l'instrument dans la canule, il dirigea le trois-quarts de la main gauche de manière à ce que son extrémité, dépourvue de sa pointe, vint se placer dans le cul-de-sac utéro-rectal du péritoine ; et là, après avoir saisi avec deux doigts de la main droite le col de l'utérus qu'il ramena en avant, et avoir constaté qu'il n'existait aucun organe important interposé entre les doigts et l'extrémité de la canule, il fit brusquement pousser par un aide la lame du trois-quarts, de manière à traverser la paroi postérieure du vagin dans l'espace circonscrit par les deux doigts. Une seconde canule fut adaptée à la première, de manière à former un quart de cercle ; une sonde en gomme

élastique fut ensuite placée par l'orifice vaginal du kyste. La malade, qui se trouva assez bien les cinq premiers jours qui suivirent l'opération, fut prise à cette époque de symptômes de péritonite, et elle succomba le vingtième jour.

Dans ces derniers temps, M. Récamier a imaginé plusieurs instrumens qui ont pour but à-la-fois de faciliter la ponction vaginale et d'agrandir par la dilatation la petite plaie de la ponction, et de la transformer en véritable incision.

En résumé, comme méthode curative, la ponction peut se pratiquer à travers la paroi abdominale ou par le vagin. Elle ne doit être pratiquée qu'autant que les souffrances excessives de la malade imposent l'obligation de la soulager promptement. La ponction vaginale me paraît préférable toutes les fois qu'on a la certitude que le kyste est uniloculaire, et que la tumeur fait saillie à la partie supérieure du vagin.

B. *Incision.*

Ledran, en réfléchissant sur le soulagement passager qu'obtiennent les sujets sur lesquels on pratique la ponction, pensa qu'en empêchant une nouvelle accumulation de liquide, on pourrait obtenir une guérison : c'est pourquoi, au lieu d'une simple ponction, il proposa d'inciser les parois du kyste, opération qu'il pratiqua pour la première fois en 1737.

On trouve dans les *Mémoires de l'Académie royale de Chirurgie* deux observations publiées par cet auteur, dans lesquelles cette méthode a été employée ; mais il paraîtrait que Ledran l'a pratiquée en outre un certain nombre de fois, car il dit à la fin de sa seconde observation : « De toutes les hydropisies enkystées que j'ai traitées en ouvrant le

kyste par une incision, celle-ci est la seule où j'ai vu le kyste se fermer entièrement. » On peut en outre conclure de cette phrase, qu'il a fait plusieurs fois cette opération avec avantage, car on peut considérer comme favorables les cas où l'on est parvenu à obtenir une fistule qui empêche une nouvelle accumulation de liquide et la reproduction de la tumeur.

A-peu-près vers la même époque, Delaporte ayant ponctionné un kyste de l'ovaire avec un trois-quarts, et s'étant aperçu que la poche contenait une matière gélatineuse trop épaisse pour s'écouler par la canule, se décida à pratiquer vers la partie inférieure de l'abdomen une longue incision par laquelle il parvint à faire sortir soixante-dix-sept livres d'une matière semblable à de la gelée; mais sa malade mourut le treizième jour.

Suivant Ledran, l'incision convient aux kystes dans lesquels une suppuration s'est établie; car, dans ce dernier cas, si l'on ne fait qu'une ponction, on ne peut porter dans le kyste les remèdes convenables, et le pus ne peut s'évacuer. Elle convient encore aux tumeurs de grande dimension, car s'il y a de petits kystes dans le grand, ils se ne vident pas par la ponction, et ils restent entiers. Enfin, ces grands kystes se remplissent souvent en moins de trois semaines, ce qui tue bientôt la malade. Il en conclut que la ponction est inutile, à moins qu'il n'y ait un kyste unique et de petite dimension.

Les chirurgiens modernes, sans partager entièrement les idées de Ledran, s'en rapprochent cependant, en ce sens qu'ils considèrent l'incision comme pouvant surtout être appliquée aux kystes multiloculaires et de dimension moyenne.

Manuel opératoire ; procédé de Ledran. — Ce chirurgien plongeait la pointe d'un bistouri droit jusque dans le kyste, et faisait à ses parois, ainsi qu'aux tégumens, dans la partie la plus déclive de la paroi abdominale, une incision longue de quatre à cinq travers de doigt ; toute l'eau s'étant écoulée en quelques instans, et l'incision se trouvant réduite de près de moitié par le retrait des tissus, il mettait dans la plaie une tente de linge suffisamment longue pour entrer jusque dans le kyste. Au bout de trois ou quatre jours, il faisait dans la poche des injections détersives. Dans les deux observations rapportées dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*, il est fait mention d'une canule introduite dans la plaie pour faciliter l'écoulement du liquide ; Ledran n'en parle pas dans son *Traité d'opérations* publié cinq ans plus tard : aurait-il renoncé à cette pratique ?

Dans les jours qui suivent l'incision, l'intérieur du sac s'enflamme, il suppure, et l'on voit sortir par la plaie des lambeaux membraneux, entraînés par le pus, de véritables eschares détachées des parois du kyste : c'est là ce que l'on a désigné sous le nom d'exfoliation du kyste. Dans certains cas, on a vu, quelques jours après l'incision, un liquide bien distinct du pus sortir tout-à-coup par la plaie à la suite de la rupture d'un petit kyste dans la poche principale ; d'autres fois ce sont de véritables abcès développés dans le voisinage du kyste qui a été incisé, qui viennent s'ouvrir dans son intérieur.

Au bout d'un certain temps, la sécrétion du pus diminue peu-à-peu, la poche revient sur elle-même, mais, en général, elle ne s'oblitère pas complétement. Nous avons déjà dit que Ledran n'a observé qu'une seule fois cette terminaison heureuse.

Cette opération n'a été pratiquée qu'un petit nombre de fois; cependant on lit dans l'article de M. Velpeau (*Dict. de méd.* t. XXII, p. 595), que Portal, Bonnemain et M. Rey l'ont employée, et en ont obtenu chacun une guérison. On en trouve un cas suivi de succès dans les *Philosophical Transactions*.

Un autre très remarquable est inséré dans la *Gazette médicale* de Paris, 1838. L'opération fut faite par le docteur Mussey, professeur d'anatomie à New-York : une incision étendue de l'ombilic au pubis divisa toute la paroi abdominale : l'on reconnut alors que la tumeur présentait des adhérences qui ne permettaient pas de faire l'extirpation, et l'on se contenta de la vider ; une tente de linge fut mise entre les bords de la plaie ; un écoulement purulent se fit pendant plusieurs jours, puis il se tarit, et la guérison fut complète au bout de peu de temps. Un an après avoir subi cette opération, la malade devint enceinte ; son accouchement fut heureux, et elle continua à jouir d'une santé parfaite.

Il est facile de prévoir que les choses ne doivent pas souvent se passer d'une manière aussi heureuse : il existe, en effet, dans cette opération plusieurs causes de danger.

Indépendamment de l'inflammation du kyste, suite inévitable de l'opération, et qui, à elle seule, peut compromettre les jours de la malade, on a à craindre une hémorrhagie ou une péritonite.

L'hémorrhagie peut être produite par la division de l'une des artères contenues dans les parois de l'abdomen : l'étendue de l'incision permettra le plus souvent alors de pratiquer facilement la ligature. On aurait sans doute plus de difficulté si le sang venait de l'un des vaisseaux qui rampent

à la surface du kyste. La ligature serait encore le moyen le plus convenable pour arrêter l'effusion du sang ; mais si l'on ne pouvait la pratiquer, la compression devrait être tentée.

La péritonite peut être produite par l'accès de l'air dans le péritoine, ou par l'épanchement, dans l'abdomen, de la matière contenue dans le kyste. Aussi les chirurgiens modernes ont-ils conseillé divers moyens propres à faire naître des adhérences entre la surface de la tumeur et la paroi que l'on incise, afin de pouvoir pénétrer dans le kyste sans ouvrir la cavité péritonéale.

Ainsi M. Tavignot conseille de placer, comme l'a fait M. Récamier pour les tumeurs du foie, plusieurs morceaux de potasse caustique sur les parois de l'abdomen, dans le lieu où l'on se propose de pratiquer l'incision. Ce moyen semble avoir réussi quelquefois à produire l'adhérence des deux feuillets de la séreuse; mais bien souvent aussi il a échoué ; il ne peut donc faire éviter avec certitude l'accident que l'on redoute. J'en dirai autant de la méthode de Graves, qui incisait successivement, et couche par couche, tous les tissus, jusqu'au péritoine exclusivement, espérant que l'inflammation développée à la surface extérieure de cette membrane se propagerait bientôt à sa face interne.

Un moyen plus certain de déterminer ces adhérences a été conseillé par M. Bégin. Sa méthode, dont on trouve pour ainsi dire le germe dans la relation d'une opération de gastrotomie pratiquée par le docteur Cayroche, pour extraire une fourchette qui était tombée dans l'estomac (*Bulletins de la Faculté de Médecine*), consiste à inciser, comme dans le cas précédent, les parois abdominales, mais en divisant le péritoine de manière à faire une plaie pénétrante, entre les lèvres de laquelle la tumeur vient s'enga-

ger, en même temps que des adhérences provoquées par l'inflammation du péritoine divisé et mis à nu, fixent la tumeur dans tout le pourtour de la plaie.

Dans deux circonstances, M. Bégin employa cette méthode avec un succès complet. Il s'agissait, dans l'un des cas, d'une tumeur hydatique du foie, et dans l'autre, d'une hydropisie enkystée de l'arrière-cavité des épiploons, survenue à la suite d'un coup d'épée à l'hypochondre droit. Chez les deux sujets, la tumeur faisait à l'hypogastre une saillie très considérable, et c'est sur ce point que fut dirigée l'opération. Une incision longitudinale de 2 pouces et demi environ, faite sur le côté droit de la ligne blanche, le long du bord interne du muscle droit correspondant, divisa successivement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, le feuillet superficiel de l'aponévrose abdominale, puis son feuillet profond, et enfin le péritoine ; les fibres charnues du muscle droit furent écartées en dehors ; après avoir ouvert le péritoine avec toutes les précautions usitées pour l'incision des sacs herniaires, on put voir, libre d'adhérence, et recouverte par les feuillets gastriques de l'épiploon, la surface antérieure du kyste ; l'opération fut alors arrêtée : une compresse fenêtrée, enduite de cérat, et un plumasseau de charpie, des compresses et un bandage de corps, servirent au pansement ; aucune ligature artérielle n'avait été nécessaire. Le quatrième jour l'appareil fut levé, le fond de la plaie commençait à se tapisser de bourgeons celluleux et vasculaires, des adhérences solides étaient établies entre les bords et les parties profondes. Un bistouri aigu, plongé au milieu de la solution de continuité, pénétra dans le kyste, d'où s'échappa chez le sujet atteint d'hydatides, une grande quantité de liquide aqueux et limpide, et chez l'autre,

quatre litres au moins de sérosité jaunâtre manifestement colorée par de la bile. Une mèche de charpie fut introduite dans la solution de continuité, puis une canule en gomme élastique la remplaça, et après une suppuration assez longue, et l'évacuation des débris d'acéphalocystes, chez le sujet qui en portait, la guérison eut lieu dans les deux cas (Bégin, *Élémens de Chirurgie*, t. I, p. 302.) L'auteur que je viens de citer pense que ce procédé peut être appliqué avec succès à toutes les collections analogues. Dans un cas où M. le professeur A. Bérard fut appelé comme consultant auprès d'une dame affectée d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, il proposa d'appliquer à ce cas la méthode de M. Bégin; mais la malade ne voulut point se soumettre à cette opération, qui, je le pense, n'a pas encore été appliquée au traitement des kystes de l'ovaire.

En résumé, l'incision est une opération qui offre des chances de guérison; mais elle n'est pas sans danger. Les cas où elle paraît surtout applicable sont les kystes multiloculaires de dimension moyenne. La péritonite est un des accidens le plus à redouter: comme l'accès de l'air, ou un épanchement dans le péritoine sont des causes qui peuvent la faire naître, l'opération proposée par M. Bégin est celle à laquelle nous serions disposé à donner la préférence, dans le cas où l'emploi d'un moyen curatif nous paraîtrait indiqué. Pour faciliter le retrait du kyste et l'écoulement du pus sécrété dans son intérieur, on se conduirait, comme nous l'avons dit précédemment, à l'occasion de l'incision simple des parois de l'abdomen et de la poche.

C. *Extirpation.*

La science possède un assez grand nombre de faits dans lesquels on voit que des ovaires ont été extirpés ; mais, dans ces cas, tantôt ce n'est qu'après l'opération que l'on a reconnu cet organe, tantôt on l'a trouvé déplacé et faisant partie d'une tumeur herniaire, etc. Mais il y a entre ces faits et l'extirpation des kystes de l'ovaire une grande différence. Il y a déjà plus d'un siècle que la proposition d'extirper l'ovaire malade a été faite. Suivant M. le professeur Velpeau, Schlenker en 1722, Villiers en 1731, Peyer en 1751, et Targioni en 1752, avaient déjà discuté d'une manière très étendue la question de savoir s'il ne serait pas indiqué d'ouvrir l'abdomen pour pratiquer l'extirpation des kystes ovariques volumineux. A-peu-près à la même époque, Delaporte, ayant perdu une malade à qui il avait incisé un kyste de l'ovaire par la méthode de Ledran, et ayant reconnu à l'autopsie que la tumeur était fixée dans l'abdomen par un pédicule étroit, se demanda si l'on ne devait pas extirper l'organe en totalité. Morand, dans un rapport qu'il fit sur plusieurs observations d'hydropisie enkystée, communiquées par Ledran, Mouton, Delachaud, Montaulieu le fils, Malaval et Delaporte, loue ce dernier chirurgien d'avoir osé proposer cette opération, et pense qu'elle devrait être pratiquée dans les premiers temps de la maladie, alors qu'il n'y a point encore d'adhérences.

Cette opération a toujours compté fort peu de partisans parmi les chirurgiens français ; ce sont principalement les chirurgiens anglais et américains qui nous fourniront les faits relatifs à son histoire, et je dois dire que plusieurs d'entre eux laissent beaucoup à désirer.

L'opération se pratique de deux manières différentes, désignées par les auteurs anglais sous les noms de *petite* et de *grande incision*. Dans l'une, on fait à la peau une incision de 3 à 5 centimètres, et l'on cherche à saisir, par cette ouverture, le kyste, que l'on attire peu-à-peu au dehors après l'avoir vidé par une ponction ; dans l'autre, on fait aux parois du ventre une longue incision, qui permet de découvrir la tumeur dans presque toute son étendue, et de l'enlever tout entière en une seule masse. Dans les deux cas, après avoir découvert le pédicule, on le lie et l'on excise la tumeur au-dessous de la ligature. A peine pourrait-on croire à la possibilité de la réussite d'une semblable opération, si les faits n'étaient là pour en attester la réalité ; nous voyons, en effet, que Macdowel, en 1809, enleva avec succès sur madame de Crawford une tumeur pesant 15 livres ; que Lizars, en 1825, enleva avec le même bonheur une tumeur grosse comme un fœtus à terme, après avoir pratiqué à la paroi de l'abdomen une incision étendue depuis le cartilage xiphoïde jusqu'au pubis. Ces citations suffisent pour donner une idée de cette effrayante opération. La grande et la petite incision comptent des partisans ; Macdowel, Lizars, Clay, Atlée, Walne, préfèrent la grande incision ; la petite est pratiquée par Jeaffresson, King, West, Phillips, etc.

Mettant de côté, pour le moment, la question de savoir si cette opération doit être conservée, et pour quels cas elle peut être employée, examinons quelles sont les objections qui peuvent lui être faites *à priori*, et voyons jusqu'à quel point ces objections sont justifiées par les faits que nous possédons.

Si l'on pratique la grande incision, le péritoine est largement ouvert, et les intestins sont exposés à l'air pendant tout

bliées est de nature à diminuer un peu les craintes que pourrait inspirer cette vaste incision.

Mais l'opération ne se borne pas là ; on pratique une ligature sur le pédicule de la tumeur ; cette ligature enflamme de toute nécessité le péritoine dans le voisinage du point soumis à la constriction ; n'est-il pas à craindre que cette péritonite ne s'étende et n'amène une terminaison funeste ? Notons en outre qu'une partie de ces ligatures, avant de sortir par la plaie, parcourt un trajet plus ou moins étendu dans la cavité de la membrane séreuse, et peut également être une cause d'inflammation ; ajoutons à cela que la ligature doit déterminer la mortification de la petite portion de la tumeur qui reste à l'extrémité du pédicule, et que, comme cette ligature met ordinairement un temps considérable à se détacher, cette partie doit subir une sorte de décomposition putride. La ligature est donc à nos yeux une cause de développement des accidens sur laquelle on n'a point assez insisté, et l'on conçoit que le danger sera d'autant plus grand que le pédicule sera plus volumineux, que l'on sera obligé de l'étreindre par un plus grand nombre de ligatures : ne pourrait-on pas comparer, sous le rapport des accidens consécutifs, cette ligature du pédicule de la tumeur à l'étranglement dans les hernies épiploïques ? La vaste incision dont on s'est surtout attaché à démontrer l'innocuité n'est, en résumé, qu'un des élémens de l'opération, et ce n'en est peut-être pas le plus grave, bien que le plus effrayant. Ce qui tendrait encore à faire admettre cette supposition, c'est qu'il n'y a point de différence notable entre les résultats des opérations pratiquées par la grande et la petite incision ; c'est que dans les cas où, après avoir pratiqué l'incision des parois du ventre, l'opérateur s'est arrêté, soit parce qu'il n'y

le temps de l'opération ; n'est-il pas à craindre qu'une aussi vaste plaie ne détermine infailliblement une péritonite mortelle ? Nous devons dire que la lecture des observations publiées par M. Chereau, dans lesquelles le chirurgien n'a pas pu terminer son opération, soit parce qu'il n'y avait point de tumeur dans l'abdomen, soit parce qu'il y avait des adhérences qu'il désespérait de pouvoir détruire, les malades se sont souvent rétablies. Sur onze cas dans lesquels la cause de la mort est indiquée dans le tableau de M. Chéreau, la péritonite est notée sept fois : c'est donc là la cause de mort la plus fréquente après ces opérations. D'autres malades sont mortes en très peu de temps d'hémorrhagie ; la gangrène de l'intestin est notée dans deux observations publiées par M. Chrysmer ; mais ce fait est bien douteux : il est probable qu'il existait dans ces cas une entéro-péritonite avec congestion sanguine très prononcée de l'intestin.

Une objection qui s'est présentée de suite à l'esprit de tous les chirurgiens est tirée de la présence des adhérences qui peuvent rendre l'extirpation impraticable : or, comme nous n'avons pas de moyen certain de reconnaître cette complication, et surtout l'étendue, le degré de solidité des brides membraneuses qui peuvent fixer l'ovaire aux organes voisins, n'est-il pas à craindre que souvent le chirurgien ne puisse terminer son opération ? Dans le tableau que nous avons cité, nous voyons que cela est arrivé quatorze fois sur cinquante-huit cas, dans lesquels il existait une tumeur de l'ovaire, c'est-à-dire dans le quart environ des cas observés.

Cependant, malgré les chances d'insuccès que nous venons de passer en revue, on possède maintenant un nombre assez considérable d'opérations suivies de guérison.

L'extirpation de l'ovaire aurait donc donné vingt-huit

guérisons sur soixante-cinq cas, proportion certainement plus favorable à l'opération qu'on ne l'aurait supposé d'abord. Mais, premièrement, a-t-on publié avec le même soin les revers et les succès? Cela n'est point probable, et ces prétendus succès ont-ils bien tout le degré d'authenticité désirable? Pour répondre à cette question, il me suffira de citer un passage emprunté à la revue critique du journal de M. Malgaigne : « Au total, sur ces quinze opérations, il y a eu deux cas dans lesquels des adhérences empêchaient d'enlever la tumeur, et l'une des deux malades a succombé; reste treize. Sur ces treize malades, cinq sont mortes, ce qui semble nous laisser encore une belle proportion de guérisons; mais ces guérisons sont un peu sujettes à caution : et d'abord, il y a deux cas, l'un de M. Walne, l'autre de M. Atlée, qui ont été publiés avant la chute des ligatures. Est-ce là tout? Non vraiment, car lorsqu'on voit, dans le premier cas de M. Walne, les ligatures ne tomber qu'au bout de dix semaines; dans le second cas, toutes, excepté une, tenir encore au bout de cinq semaines, et dans l'observation de M. Atlée, sept semaines ne pas suffire à leur chute, on est bien en droit de se demander ce qu'il faut penser des guérisons de M. Clay, obtenues en dix-huit, quatorze et même douze jours? La vérité est que M. Clay ne dit pas ce que sont devenues les ligatures qu'il a placées comme les autres; M. Southam n'eut pas la peine de retirer les siennes, qui s'étaient perdues dans le ventre; et il est évident que, sur la troisième malade de M. Walne, elles n'avaient pas encore eu le temps de tomber. Il n'y a donc là qu'une seule malade dont la cure soit certaine, attendu qu'elle a été suivie jusqu'à la chute des ligatures, pour les autres, il n'y a rien de certain; qu'elles aient échappé aux premiers et for-

midables dangers de l'opération, nous le confessons; mais il ne nous est pas démontré que l'on puisse tenir si peu compte des ligatures fortes et nombreuses plongeant jusque dans le petit bassin, et qui doivent y séjourner sept à huit semaines.»

Vaut-il mieux faire une grande qu'une petite incision? Nous remarquerons d'abord que ces deux opérations ne s'appliquent pas au même cas : ainsi la petite incision convient particulièrement aux kystes uniloculaires à parois souples et fines, ne présentant aucune dégénérescence, exempts d'adhérences, et renfermant un liquide peu épais. La grande incision est surtout applicable aux tumeurs multiloculaires contenant un liquide épais, qui ne peut être évacué par la ponction, dont les parois sont épaisses et présentent des adhérences que l'on sera forcé de détruire. La petite incision n'a pas encore été pratiquée un assez grand nombre de fois pour qu'il soit possible de se prononcer définitivement sur sa valeur. M. A. Key, partisan de la grande incision, fait valoir en sa faveur les raisons suivantes : La petite incision, exigeant des conditions spéciales, n'est pas susceptible d'une application générale: elle paraît au premier abord plus sûre et plus facile, et semble moins exposer les viscères à l'inflammation; mais ces avantages se trouvent plus que compensés par la difficulté que l'on éprouve à faire passer une masse volumineuse par une petite incision, et à saisir le pédicule que l'on doit lier. Il est probable qu'une grande incision n'expose pas plus les malades qu'une petite, et la première présente l'avantage incalculable de livrer une issue à la tumeur, et de faciliter sans violence son extraction de la cavité abdominale; l'absence de toute violence manuelle est le motif principal qui

doit faire recommander cette opération. M. Clay ajoute aux raisons précédentes, qu'une portion de la tumeur peut être solide, et qu'il serait impossible de l'extraire par une petite ouverture.

Ajoutons enfin qu'assez souvent à la tumeur principale, se trouvent attachées d'autres tumeurs qui, quoique peu volumineuses, sont cependant assez considérables pour ne pouvoir être extraites à travers une petite incision. C'est ce qui arriva dans le cas suivant :

Une fille de 23 ans, d'une forte constitution, mal réglée, entra, le 23 juin 1841, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 25. Elle dit que depuis deux ans, sans autre cause connue, son ventre a grossi peu-à-peu, et que, depuis deux mois, il a acquis un volume qui l'empêche de marcher, de se tenir même assise. Toutes les autres fonctions se font d'une manière normale. Depuis un mois environ, il survient souvent un peu d'œdème des extrémités inférieures. Si on examine la malade, on trouve le ventre développé comme dans une grossesse à terme. Il est plus volumineux en bas et à droite, ainsi qu'en haut et à gauche. Entre ces deux points, on sent un sillon peu profond dirigé obliquement de haut en bas et de droite à gauche. Par la percussion on reconnaît que les intestins sont refoulés sur les côtés de la colonne vertébrale ; tout le reste du ventre donne un son complétement mat. Si on cherche à reconnaître la présence d'un liquide, en percutant un côté du ventre, on ne perçoit pas au côté opposé un choc limité comme dans l'ascite, mais une sorte d'ébranlement, de tremblotement qui est senti sur tous les points, d'une manière aussi prononcée; cet examen fait penser à M. Récamier que le liquide contenu dans le kyste est très visqueux ; les touchers rectal et

vaginal ne fournissent aucun renseignement. La malade ne pouvant se livrer à aucune occupation, à cause de cette affection, demande avec instance qu'on tente quelque chose pour sa guérison.

Dans l'espoir de déterminer des adhérences entre le kyste et la paroi abdominale, M. Récamier fait faire une eschare profonde de la grandeur d'une pièce de cinq francs sur le côté droit du ventre. Pour cela, on fait, à vingt-quatre heures d'intervalle, trois applications de caustique de Vienne. Le cinquième jour, on incise sur l'eschare, dans une étendue de 2 à 3 centimètres, et il sort plus de dix litres d'un liquide brunâtre, mais limpide et séreux. Pendant l'écoulement, on s'aperçoit que le kyste n'est pas adhérent à la face postérieure de la paroi abdominale. Alors, craignant que le parallélisme ne se détruise entre les deux ouvertures, et qu'il ne se fasse un épanchement dans la cavité péritonéale, on saisit avec une pince les bords de la plaie du kyste, on les attire au dehors, et on extrait ainsi, par l'ouverture des parois du ventre, une bonne partie du kyste. Dans cette extraction, on éprouve de la résistance, et on est obligé d'exercer une certaine traction qui amène le décollement d'adhérences au niveau du foie. Malgré ces manœuvres, on ne peut attirer au dehors plus de la moitié du kyste : mais pour empêcher cette portion de rentrer, on y applique près de l'eschare, trois fortes ligatures. Malgré des irrigations d'eau tiède faites sur le ventre, aussitôt après l'opération, pour prévenir l'inflammation, il survint une péritonite suraigu qui résista à tous les moyens thérapeutiques, et qui se termina par la mort en trois jours.

A l'autopsie, faite le 6 au matin, on trouve le feuillet viscéral du péritoine fortement injecté, rugueux et parsémée

petits filamens pseudo-membraneux. A la face postérieure de l'utérus, et dans le cul-de-sac recto-vaginal, on remarque une couche épaisse de fausses membranes blanchâtres superposées. Au niveau du foie, le péritoine qui recouvre la paroi abdominale est plus rugueux et plus rouge que partout ailleurs, étendue de 5 ou 6 centimètres carrés; c'est sans doute le point où avait lieu l'adhérence qui a cédé.

Dans la cavité abdominale, il y a une assez grande quantité de sérosité trouble, un peu rougeâtre.

On examine le kyste avec soin, et on reconnaît qu'il procède de l'ovaire, non du droit, mais du gauche, qui est complétement transformé, car on n'en trouve pas la moindre trace. Son pédicule, qui répond bien au ligament ovarique, est assez long et croise l'utérus, en arrière de cet organe, qui a subi un commencement de rotation, de torsion.

Le kyste renferme encore plus d'un litre de liquide analogue à celui qui s'est écoulé lors de l'ouverture; il n'a aucune adhérence dans la cavité abdominale, et on ne comprend pas d'abord pourquoi il n'a pu sortir en entier; mais, l'ayant incisé, on trouve dans sa cavité deux autres tumeurs du volume d'un gros œuf de poule, qui sont remplies d'une sérosité transparente, incolore, et qui adhèrent à la face interne du kyste principal. C'est une de ces tumeurs supplémentaires qui, appliquée contre la face postérieure de la plaie abdominale, empêchait la sortie d'une plus grande partie des parois du kyste.

En étudiant de plus près cette altération, on reconnut que ses enveloppes avaient une structure fibro-cartilagineuse et une épaisseur de près d'un centimètre. Sa surface extérieure était blanche, sans trace d'inflammation, du moins dans le ventre, et elle était uniforme, lisse, sans sillon. Mais sa face

interne raboteuse, offrant une coloration d'un rouge brun et un ramollissement superficiel dans plusieurs points, présentait plusieurs cloisons incomplètes, ou plutôt des diaphragmes en demi-lunes étroites dont la plus remarquable occupait la paroi antérieure du kyste, et offrait la direction dans laquelle on avait senti pendant la vie une espèce de sillon oblique par le palper abdominal.

Il était intéressant de savoir comment se trouvait le péritoine pariétal, autour et au niveau de l'eschare des parois abdominales. Nous avons dit qu'il n'y avait pas d'adhérences; il n'y avait pas même de fausses membranes; de la rougeur seule dénotait l'inflammation qui avait été produite par le caustique. L'utérus était sain, de même que les annexes du côté droit, et de la trompe du côté gauche.

Rien d'anormal dans les autres organes.

M. A. Key pense que l'opération réussit mieux chez les femmes qui ont passé la période d'activité des organes sexuels. Le tableau que nous avons donné ne confirme pas cette opinion.

Les détails dans lesquels nous sommes entrés précédemment nous permettent d'aborder maintenant la question de savoir si l'extirpation des kystes de l'ovaire est une opération qui doit prendre rang dans la thérapeutique chirurgicale, ou si l'on doit, au contraire, la repousser. Les partisans de l'opération allèguent en sa faveur la proportion de succès qu'elle a donnés, proportion qui n'est pas beaucoup plus défavorable que celles que nous donnent certaines opérations pratiquées chaque jour par tous les chirurgiens: l'opération de la hernie, par exemple, certaines amputations; mais il n'y a pas de parité entre ces deux ordres d'opérations : les unes sont pratiquées dans un moment où la

vie est menacée, et la mort presque certaine si on n'opère pas ; dans les autres, les malades ne courent aucun danger immédiat, et pourraient vivre encore un nombre d'années que l'on ne saurait fixer.

A cela M. Key répond que l'on pratique chaque jour certaines opérations graves pour des affections qui ne font point souffrir, qui ne font point courir aux malades un danger de mort prochaine, et il cite l'exemple des calculeux que l'on soumet à la lithotomie ; mais cet argument est plus spécieux que solide. En effet, 1° il est très rare que les calculeux n'éprouvent point de douleurs vives, tandis que cela est assez commun chez les femmes qui sont affectées d'un kyste de l'ovaire ; 2° la ponction donne les moyens de combattre les symptômes les plus fatigans, tandis que, pour les affections calculeuses, le traitement palliatif est bien moins efficace ; 3° enfin la proportion des guérisons que donne la lithotomie est bien plus avantageuse que celle que l'on est en droit d'espérer de l'extirpation de l'ovaire.

Si d'ailleurs on considère que les conditions voulues pour que l'extirpation de l'ovaire soit pratiquée avec probabilité de succès, telles qu'un volume médiocre de la tumeur, l'absence d'adhérence, etc., sont compatibles avec le libre exercice de presque toutes les fonctions, et que souvent la maladie marche avec lenteur, on hésitera sans doute à proposer une opération qui peut amener la mort en quelques jours.

Rappelons-nous enfin que si l'on veut tenter la cure radicale, la science possède plusieurs moyens bien moins dangereux que l'extirpation, tels que la ponction vaginale, avec introduction d'une canule laissée pendant quelques jours à demeure dans le kyste ; l'incision pratiquée d'après la méthode de M. Bégin ; et nous arrivons, pour ainsi dire forcé-

ment, à cette conclusion, que l'extirpation des kystes de l'ovaire est une opération que l'on ne saurait rejeter d'une manière absolue, mais à laquelle on ne devra recourir que dans des cas excessivement rares, et dans des conditions exceptionnelles que l'on ne peut prévoir à l'avance.

REVUE CHIRURGICALE.

Paracentèse du thorax dans la période extrême de la pleurésie aiguë, par M. le professeur TROUSSEAU.

M. Trousseau vient de publier des observations qui intéressent autant les chirurgiens que les médecins. Nous allons les reproduire avec les réflexions qui précèdent et suivent ces observations.

Au mois de septembre 1843, j'ai pratiqué avec succès la paracentèse du thorax chez une jeune demoiselle qui allait succomber à une pleurésie aiguë. Je publiai, deux mois plus tard, dans ce journal, l'histoire de notre jeune malade. Depuis cette époque, la santé de mademoiselle M... s'est parfaitement consolidée, et ne laisserait rien à désirer si le flux menstruel était rétabli.

Tout récemment j'ai pratiqué la même opération, dans des circonstances analogues, et avec le même succès, chez une jeune femme de 23 ans. Mais je n'ai pas été aussi heureux chez une nouvelle accouchée qui avait en même temps un abcès du ligament large et un empyème aigu.

Par cela même que j'ai hautement conseillé la ponction thoracique dans la période extrême de la pleurésie, et que je me fais un devoir de la pratiquer lorsqu'il ne me reste au-

cune autre ressource, j'attache beaucoup d'importance à ne pas laisser ignorer un insuccès à mes confrères. J'ai suivi religieusement cette marche pour la trachéotomie dans le cas de croup. En ne publiant que les 29 cas de réussite que je possède aujourd'hui, en y ajoutant une quarantaine de guérisons obtenues par MM. Bretonneau, Guersant fils, Gerdy, Jobert, Robert, Mutter de Philadelphie, Auguste Bérard, Boniface, Monneret, Desprez, Pestel, etc., etc, etc.; j'aurais pu donner de la trachéotomie une idée que je suis loin d'avoir moi-même; mais, à côté de ces 70 guérisons, comme nous avons plus de 300 morts, et que, pour mon compte, j'en ai 99 aujourd'hui, les praticiens sont désormais en position de juger la question : ils savent que, lorsqu'ils ouvrent la trachée d'un enfant, dans la période extrême du croup, ils ont à-peu-près une chance de succès sur cinq.

Pour la paracentèse du thorax dans la pleurésie aiguë, je raconterai avec la même franchise ce qui me sera arrivé d'heureux, et les insuccès qui seront venus m'affliger.

I[re] OBSERVATION. — *Pleurésie aiguë laissée sans traitement. — Asphyxie imminente.—Paracentèse. — Guérison après quinze jours.*

Le samedi 22 juin 1844, mon ami, M. le docteur Patin, vint me chercher le matin avant six heures, pour me conduire auprès d'une de ses clientes, madame Sclaguestadt, demeurant à la Chapelle-Saint-Denis, rue Marcadée, n° 3. Il avait été mandé pendant la nuit auprès de cette malade, qui, au quatorzième jour d'une pleurésie aiguë, était arrivée à un degré de suffocation telle, que la vie semblait immédiatement menacée.

M. Patin me demandait si la paracentèse n'ouvrirait pas une chance à cette malade.

Nous partîmes donc munis de deux trocarts et d'un morceau de baudruche.

L'histoire de notre dame est assez simple : le dimanche 9 juin,

elle avait éprouvé un peu de douleur dans le côté gauche de la poitrine, et du malaise. Elle consulta légèrement un médecin qui, attribuant à un état de chlorose l'essoufflement, la pâleur, le point de côté, prescrivit une nourriture généreuse, du bon vin, de l'exercice à pied. La pauvre patiente n'exécuta que trop ponctuellement cette fatale prescription : elle lutta avec énergie contre la fièvre qui l'accablait. Enfin, vaincue par le mal, elle se mit au lit le huitième jour de la pleurésie, et manda M. le docteur Patin. Celui-ci n'eut pas de peine à reconnaître la maladie : le côté gauche de la poitrine était complétement mat du haut en bas, et ces espaces intercostaux étaient dilatés, le cœur était déjeté à droite.

Une médication énergique n'amena qu'un soulagement momentané. Le vendredi 21, les règles parurent, et il y eut un peu d'amendement ; elles se supprimèrent le soir, et, dans la nuit, l'oppression fit de rapides progrès, et la mort sembla si imminente, que l'on courut éveiller M. Patin.

Quand nous arrivâmes à la Chapelle-Saint-Denis, nous trouvâmes madame Sclaguestadt dans l'état suivant :

Face pâle, anxieuse, yeux largement ouverts, narines agitées de mouvemens violens; respiration extrêmement difficile; la malade est assise dans son lit, soutenue par des oreillers ; dilatation énorme, et matité complète du côté gauche de la poitrine ; le cœur bat sous les cartilages du côté droit du sternum ; pouls misérable, très fréquent ; peu de toux.

Dans tout le côté gauche, on entend du souffle et de la bronchophonie, sans mélange de râles.

La pleurésie était grossièrement évidente : l'épanchement était énorme; la mort était menaçante. Notre parti fut bientôt pris, et la paracentèse fut résolue.

Nous fîmes, entre la septième et la huitième côte, une petite ponction à la peau, en dehors de la mamelle, un peu en arrière d'une ligne qui eût été menée du bord antérieur de l'aisselle à l'épine de l'os des îles. La peau fut relevée jusqu'à ce que la ponction correspondît à l'espace intercostal immédiatement supérieur, et alors, introduisant dans notre petite ouverture un gros trois-quart à paracentèse abdominale, nous l'enfonçâmes le long du bord supérieur de la côte inférieure à 3 centimètres de profondeur. Le dard retiré, le liquide jaillit avec impétuosité.

Pour empêcher l'air de pénétrer dans la poitrine, s'il survenait de la toux et de grandes inspirations, nous avions enroulé autour du pavillon de la canule un morceau de baudruche qui, soulevée facilement par le jet du liquide qui sortait, venait s'appliquer exactement contre l'ouverture de la canule, pendant les grandes aspirations, de manière à l'obturer entièrement.

Un aide embrassait l'abdomen avec les deux mains, et refoulait vigoureusement le diaphragme ; moi-même, un peu plus tard, je comprimai avec énergie le côté gauche de la poitrine.

Nous retirâmes ainsi, sans difficulté, et dans l'espace de quelques minutes, 2 litres (4 livres) de liquide, qui furent mesurés exactement ; la quantité fut même un peu plus considérable, car il s'en écoula dans le lit.

La soupape de baudruche fit merveilleusement son office : il ne s'introduisit pas une bulle d'air dans la plèvre.

Quand nous jugeâmes que la quantité d'eau évacuée était suffisante, nous retirâmes vivement la canule tout en pressant la peau dessus ; la petite plaie reprit aussitôt sa place, et les deux lèvres naturellement affrontées furent maintenues avec un morceau de taffetas d'Angleterre.

Il est facile de comprendre le soulagement extraordinaire que dut apporter l'évacuation de plus de seize palettes de sérosité.

La pauvre malade était revenue à la vie : le cœur avait repris sa place, et le pouls était plein, régulier, quoique assez fréquent encore ; l'oppression avait cessé. La malade, couchée presque à plat, respirait avec calme, et éprouvait un peu de besoin de dormir.

Nous voulûmes pourtant ausculter et percuter de nouveau. La matité existait encore dans toute l'étendue de la cavité gauche du thorax, qui semblait moins volumineuse que celle du côté opposé. La bronchophonie et le souffle étaient restés les mêmes.

Le traitement se borna à une légère infusion de digitale, 50 centigrammes de feuilles pour quatre tasses d'eau ; un peu de lait coupé pour aliment ; boire aussi peu que possible.

La journée se passa dans un calme parfait ; la nuit, il y eut sept heures de sommeil.

Les jours suivans, on donna quelques purgatifs, et l'on continua la digitale.

Le mardi 25, je vis la malade : la région claviculaire et toute la fosse sus-épineuse donnaient un son clair, et, dans ces points, on entendait le murmure vésiculaire; beaucoup d'égophonie au niveau de la crête de l'omoplate ; bronchophonie, et souffle jusqu'en bas ; peu de fièvre, un peu de toux sèche, pas d'oppression ; appétit.

Continuer la digitale ; — peu boire ; — quelques alimens légers.

Le mardi 2 juillet, je revois la malade : le bruit respiratoire s'entendait en arrière jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse, au-dessus le son était clair ; égophonie éclatante vers l'angle de l'omoplate, souffle et bronchophonie en bas ; pas de râles, toux sèche ; un peu de fièvre encore; appétit très vif.

Cesser la digitale et les purgatifs ; boire et manger très peu ; appliquer un petit vésicatoire volant sur le côté malade.

Le lendemain la malade se leva ; le jeudi ses forces revenaient ; le vendredi elle fut levée presque toute la journée. Le samedi, quinzième jour après la ponction, elle reprit quelques-uns de ses travaux habituels, et elle se promena dans la rue près d'une demi-heure. Le dimanche, seizième jour après l'opération, elle s'habilla de bonne heure, et alla à pied chez une de ses parentes qui demeure à Clignancourt, à une distance de plus de 2 kilomètres : elle y resta toute la journée, et le soir elle revint à pied sans trop de fatigue.

Je la revis trois jours après : elle avait l'extérieur de la santé ; pas de toux, pas la moindre oppression, appétit excellent. La partie postérieure du côté qui avait été le siége de l'épanchement donnait encore un son mat en bas; mais le bruit respiratoire s'entendait.

Aujourd'hui tout va bien.

Ce fait est plus curieux encore que celui qui est relatif à mademoiselle M... Celle-ci, en effet, avait exactement les mêmes accidens que madame Sclaguestadt ; mais c'était la première fois que l'on pratiquait la paracentèse dans la période extrême de la pleurésie aiguë, et j'agis timidement en n'ôtant que 750 grammes de sérosité : la grande quantité que je laissai dans la poitrine dut rendre, et rendit, en effet, la

convalescence beaucoup plus longue. Aujourd'hui donc je n'hésite plus à retirer de la cavité thoracique tout le liquide que j'en peux enlever, d'abord parce que c'est autant de moins à résorber, et ensuite parce que les chances de déplissement du poumon sont d'autant plus grandes.

Ceux de mes confrères qui ont lu avec quelque attention l'observation relative à madame Sclaguestadt, ont pu remarquer la manœuvre que j'ai suivie pour l'évacuation du liquide.

Quand j'eus enfoncé le trois-quart et que la sérosité commença à jaillir, il y eut un écoulement impétueux tant que persista la dilatation de la poitrine; mais quand les côtes furent revenues à leur position normale, le jet devint presque baveux : alors je fis appliquer les mains d'un aide sur tout le ventre, et refouler dans la poitrine les viscères abdominaux ; bientôt je comprimai moi-même le côté gauche du thorax, que j'affaissai jusqu'au moment où, malgré tous ces efforts, le jet de la sérosité cessa presque de couler.

A ce moment, et j'insiste beaucoup sur ce point, le côté gauche de la poitrine était notablement moindre que le droit; mais son ampleur apparente, représentée par la convexité des côtes, était singulièrement diminuée par le refoulement du diaphragme.

Or, à l'instant où, la canule étant enlevée, je fis cesser toute compression, il se passa un phénomène tout physique dont l'effet dut être immense :

1° Les côtes aplaties se redressèrent, et par là s'augmenta la capacité de la poitrine ;

2° Le diaphragme s'abaissa et il agit dans le même sens que le redressement des côtes.

Il y eut donc tendance au vide dans la cavité gauche de

la poitrine. Or, la pression de l'air extérieur venant s'exercer sur les bronches du poumon gauche, déplissa forcément l'organe, et triompha bien aisément de la résistance des fausses membranes molles et de récente formation, qui fixaient le poumon à la plèvre costale et à la colonne vertébrale.

Si l'histoire de mademoiselle M..., que je rapportais l'année dernière dans ce journal, avait pu laisser mes confrères incertains sur la facilité, l'innocuité et l'utilité de la paracentèse dans la période extrême de la pleurésie aiguë, je ne suppose pas qu'aujourd'hui ils puissent hésiter un instant, si un cas de ce genre se présentait dans leur pratique.

II[e] OBSERVATION. — *Fièvre puerpérale. — Péritonite, abcès du ligament large. — Pleurésie avec épanchement purulent. — Trois ponctions. — Pneumo-thorax. — Mort.*

Le 25 mai 1844, on amenait à l'hôpital Necker une jeune femme de 25 ans, qui était accouchée chez elle huit jours auparavant (le 17). L'accouchement avait été laborieux, peut-être même fit-on la version de l'enfant. Celui-ci mourut presque immédiatement après la naissance.

Pendant vingt-quatre heures, les lochies rouges ont coulé assez abondamment, puis elles se sont arrêtées lorsque s'est allumée une fièvre véhémente accompagnée de toux, d'oppression et de point de côté. En même temps s'est déclarée une diarrhée incessante, et telle que la malade ne pouvait retenir le flux intestinal.

Depuis trois jours le ventre est devenu très douloureux, et s'est ballonné.

Nous voyons la malade au neuvième jour de la maladie, le 26 mai.

L'oppression était extrême, la fièvre très ardente. le côté droit de la poitrine était mat du haut en bas, excepté dans la région claviculaire ; pas de râles, un peu d'égophonie, pas d'expectora-

tion. Ventre tendu, excessivement douloureux, ballonné. Selles séreuses, continuelles, involontaires.

Nous pensâmes que c'était une fièvre puerpérale, avec phlegmasie prédominante de la plèvre, péritonite et entérite aiguës. La mort nous parut inévitable. Toutefois, nous prescrivîmes une saignée de trois palettes. 2 grammes d'ipécacuanha en poudre, des frictions sur le ventre avec 100 grammes d'onguent napolitain; un vésicatoire sur le côté droit de la poitrine, un lavement amylacé.

Le sang était couenneux ; le soir on fit une nouvelle saignée.

Dixième jour. La fièvre, la diarrhée, les douleurs abdominales, le ballonnement, ont notablement diminué. Un peu moins d'oppression.

Continuer les frictions, donner le calomel à la dose de 5 centigrammes seulement, divisés en vingt paquets, et distribués dans le courant de la journée.

Onzième jour. L'amélioration est considérable ; l'état général est bon ; la peau modérément chaude, pouls régulier, peu fréquent, ventre indolent, souple. La matité du côté droit de la poitrine s'étend jusqu'à la clavicule ; les gencives commencent à se gonfler.

Continuer le calomel, cesser les frictions.

Douzième jour. La diarrhée a presque cessé, le ventre est bien ; mais l'oppression a singulièrement augmenté. Gencives gonflées et douloureuses. Cesser le calomel.

Treizième jour. Face violacée, oppression extrême ; l'asphyxie semble imminente ; pouls petit, fréquent, dépressible. Le médiastin est fortement repoussé à gauche, et la matité s'étend de ce côté jusqu'à l'articulation des cartilages costaux avec le sternum.

Il était évident pour nous tous que la malade allait succomber dans la journée, et, bien que l'état puerpéral et la multiplicité des lésions ne nous donnassent que bien peu d'espoir de réussir, néanmoins nous ne pouvions ne pas satisfaire à une indication si pressante, et la paracentèse du thorax fut résolue. Elle fut pratiquée de la manière suivante :

Un peu en arrière de la mamelle droite, vers le septième espace intercostal, nous fîmes, avec la lancette, une petite incision ; puis,

relevant la peau jusqu'à ce que la plaie correspondît à l'espace intercostal supérieur, nous enfonçâmes un trois-quart de grosse dimension. Nous retirâmes facilement 1,500 grammes, c'est-à-dire 1 litre 1/2 de sérosité trouble, qui, par le repos, laissa déposer du pus.

Il s'ensuivit un soulagement immédiat; la face reprit une bonne coloration, la respiration devint assez facile, le pouls prit de l'ampleur, et perdit beaucoup de sa fréquence.

Au bout de deux jours, l'oppression se montra le soir : il y eut du délire pendant la nuit, le côté droit de la poitrine se dilata de nouveau. Enfin, le 4, cinq jours après la première ponction, il fallut recourir de nouveau à la paracentèse. Cette fois, nous retirâmes aisément 2,000 grammes (près de 2 litres) d'un liquide opaque, verdâtre, qui, par le repos, laissa déposer une énorme quantité de pus.

Nous n'avions pas mis de baudruche à l'extrémité de la canule, pour faire l'office d'une soupape; aussi s'introduisit-il dans la plèvre quelques bulles d'air.

Cette opération fut encore suivie d'un soulagement considérable qui ne fut pas de longue durée; car, quatre jours plus tard, la suppuration s'était renouvelée, et il a fallu, par une troisième ponction, retirer à-peu-près encore 2 litres d'un liquide entièrement puriforme, fétide, et noircissant l'argent.

Cette fois-ci, il ne s'introduisit pas d'air dans la plèvre; nous avions pris la précaution d'envelopper l'extrémité de la canule d'un morceau de baudruche, qui fit office de soupape.

L'oppression se calma un peu, mais le délire continua, et il se fit un *pneumo-thorax*, et la malade mourut quatre jours après la dernière ponction.

Autopsie. — Il ne reste d'autres traces de la péritonite qu'un peu de sérosité rougeâtre et trouble dans la cavité du bassin. Utérus sain. — Dans le ligament large du côté droit, un abcès contenant à-peu-près 20 grammes de pus phlegmoneux.

Une ponction faite à la plèvre droite laisse échapper une grande quantité de gaz fétide.

Nous trouvons dans la cavité pleurale environ 1,500 grammes de pus fétide, mêlé de détritus de fausses membranes. Le poumon

est refoulé vers la colonne vertébrale, et entièrement recouvert de concrétions fibrineuses molles.

Pas de perforation pulmonaire. Le tissu des deux poumons est sain.

Réflexions. — Il n'est personne, du moins je le pense, qui puisse conserver quelques doutes sur l'imminence du danger où se trouvait notre jeune malade. Evidemment la vie ne se fût pas prolongée au-delà de vingt-quatre heures. La paracentèse était donc nécessaire, sinon pour sauver, du moins pour prolonger la vie. Or, quel médecin pourrait hésiter quand une chance de salut peut s'acheter au prix d'une opération qui n'est pas plus difficile, pas plus douloureuse qu'une saignée?

Autant je conçois l'hésitation du chirurgien qui, pour se conserver une chance bien faible, doit faire d'horribles mutilations, autant j'ai peine à comprendre qu'on recule devant une opération qui ne demande que les connaissances anatomiques les plus vulgaires, et la main la moins exercée.

Un fait a dû frapper toutes les personnes qui ont lu avec quelque attention l'histoire de notre malade : c'est le soulagement immédiat qui a suivi la paracentèse. On comprend, en effet, combien le cœur et le poumon gauche ont dû se trouver à l'aise quand on avait enlevé de la cavité thoracique 1 kilogramme et demi de sérosité, c'est-à-dire la contenance de deux bouteilles ordinaires.

Mais l'extrême rapidité avec laquelle l'épanchement s'est renouvelé fait assez voir combien était nécessaire la ponction, puisque cinq jours après la première, nous enlevions encore plus de 3 livres de sérosité, et un peu davantage quelques jours plus tard : en tout, près de 5 kilogrammes, c'est-à-dire 10 livres.

Quel a été maintenant l'influence de la ponction,

1° Sur le retour de l'épanchement;

2° Sur l'altération du liquide;

3° Sur le pneumo-thorax?

Questions que nous traiterons avec autant de désintéressement que si nous n'étions pas en cause nous-même.

En cherchant quelle a pu être l'influence de la paracentèse sur le retour de l'épanchement, je ne puis m'empêcher de croire que cette opération a favorisé le retour du liquide. En effet, tant que la compression a été énergique, l'exhalation a dû trouver un obstacle dans l'élasticité des tissus refoulés, et surtout dans celle des côtes; cette résistance venant à cesser, le flux séro-purulent a dû devenir plus facile.

Mais nous n'avions pas le choix, la malade mourait, et, dût l'épanchement se reproduire plus tard, il ne nous était pas loisible de différer l'opération.

Je suis donc tout disposé à admettre que, dans le cas qui nous occupe et en thèse générale, la paracentèse pratiquée dans la période extrême de la pleurésie aiguë, tout en empêchant de mourir, favorise jusqu'à un certain point le retour de l'épanchement; mais il faut considérer, 1° que l'opération était indispensable; 2° que la phlegmasie aiguë, qui donnait lieu à l'épanchement, a une durée limitée, et qu'elle peut cesser deux ou trois jours après la ponction; et alors, si l'épanchement est encore incompatible avec la vie, on lui donnera issue une seconde fois, et désormais il ne se renouvellera pas, puisque l'inflammation sera éteinte; et si, au contraire, l'épanchement ne se renouvelle qu'en quantité peu considérable, comme chez nos deux malades qui ont guéri, les forces de la nature suffiront à la résorption du liquide.

Au lieu de chercher dans la paracentèse la cause de la

mort, il est beaucoup plus simple de la rechercher dans la nature même de la maladie.

L'extrême gravité de la fièvre puerpérale rend seule compte de la funeste issue de la maladie. L'autopsie démontre l'existence d'une péritonite et d'un abcès du ligament large; par conséquent une diathèse de suppuration, comme il est si fréquent d'en voir chez les nouvelles accouchées. Une pleurésie se développe le même jour que les accidens abdominaux; elle devait avoir la même forme, la forme suppurative. Dès la première ponction nous retirâmes un liquide trouble, qui, par le repos, laissa déposer du pus : nous avions donc déjà une pleurésie suppurée avant la paracentèse, et l'opération n'a fait que retarder la mort; mais elle n'a pu empêcher la sécrétion purulente de se reproduire.

Quelle a été maintenant l'influence de la paracentèse sur le pneumo-thorax? Je ne puis m'empêcher de croire que, lors de la deuxième ponction, l'omission de la précaution suivie dans la troisième, suivie également chez madame Sclaguestadt, n'ait mis en contact avec le liquide purulent l'air qui l'a rendu infect, et qui, par conséquent, est devenu la cause de la décomposition du pus, et, partant, du pneumothorax.

Si grave que fût la maladie, et quoique l'épanchement fût purulent, je n'aurais pas désespéré du salut de la malade, si le pus ne s'était pas décomposé, et, à coup sûr, en n'empêchant pas l'introduction de l'air dans la plèvre, j'ai été là cause de cette altération du pus; la seconde ponction pratiquée quand la mort était encore imminente a sauvé la vie du malade; mais le mauvais procédé opératoire, a, suivant moi, compromis le succès de la médication.

Je sais que quelques chirurgiens recommandables n'hé-

sitent pas à ouvrir largement un espace intercostal pour donner issue aux empyèmes de pus; mais, outre que cette méthode me paraît en général fort condamnable, attendu que rien n'oblige à en agir ainsi, et que l'opinion presque universelle attribue de grands inconvéniens à l'introduction de l'air dans les cavités closes, je ne puis m'empêcher de trouver une différence immense entre une vieille phlegmasie dans laquelle les parois de l'abcès ont pris quelques-uns des caractères des membranes muqueuses, et une inflammation toute récente qui n'a pas encore modifié les tissus séreux au point de leur faire impunément supporter le contact de l'air et des liquides putréfiés.

Je réprouverais donc de tout mon pouvoir la méthode qui consisterait à ouvrir sans précaution la poitrine des personnes atteintes de pleurésie aiguë, et je suis convaincu que j'ai dû le salut de mes deux malades aux soins que j'ai pris pour éviter l'introduction de l'air.

Suis-je en droit de prétendre que mon troisième malade aurait guéri, si l'air ne s'était pas introduit dans la poitrine au moment de la ponction? Non certes; mais enfin je me serais créé quelques chances de plus.

Vaginite granuleuse, par M. Deville (*Première partie*).

§ I. — Nous donnons le nom de *vaginite granuleuse* à une maladie du vagin de forme essentiellement chronique, se montrant principalement chez les femmes enceintes, mais pouvant exister chez d'autres femmes; caractérisée par le développement sur le vagin de granulations rouges, en général assez volumineuses, indolentes, tantôt éparses et isolées sur le vagin, tantôt et presque toujours confluentes, occupant soit une partie limitée, soit la totalité du vagin, depuis les caroncules myrtiformes jusqu'au col utérin, qu'elles envahissent même parfois; accompagnée d'un écoulement vaginal purulent, abondant, plus ou moins verdâtre.

Ces granulations paraissent identiques à celles qui existent assez souvent d'une manière isolée sur le col utérin, nommé par Dugès et Boivin, *métrite granuleuse;* seulement sur le vagin, elles acquièrent d'habitude plus de volume.

§ II. *Siége.* — Il nous est impossible, quant à présent, de rien dire de positif sur la nature et sur le siége précis de cette altération singulière. Ceci n'étonnera personne, lorsqu'on voit ces questions être encore insolubles pour une maladie à-peu-près de même nature et bien plus fréquente, la conjonctivite, ou mieux, la blépharite granuleuse. Quelques personnes ont voulu néanmoins résoudre théoriquement la question. On a supposé que le siége de la maladie était dans les follicules du vagin. A cela nous n'avons rien à répondre, parce que c'est une hypothèse pure à l'appui de laquelle on ne donne aucune preuve. Bien plus, M. Giraldès, qui a fait, comme on sait, un grand nombre de recherches sur l'anatomie des tissus, affirme n'avoir jamais trouvé de follicules dans la partie supérieure du vagin, là où existent plutôt les granulations. Il est difficile d'admettre, d'ailleurs, l'existence dans les parois vaginales d'un nombre de follicules assez grand pour donner naissance à la quantité considérable de granulations que l'on observe chez certaines malades. D'autres, considérant la disposition des espèces de papilles qui forment les rides transversales du vagin, en se disposant en séries linéaires, ont cru trouver dans l'exagération de ces papilles, dont la structure n'est pas encore bien connue, l'origine de la vaginite granuleuse. Cette opinion ne peut pas être soutenue, car les granulations se prolongent jusque sur les caroncules myrtiformes, sur le col utérin, et sur diverses parties du vagin où n'existent pas ces papilles; et d'ailleurs nous avons bien constaté chez des malades offrant des granulations vaginales isolées, que si beaucoup de granulations siégent sur les rides transversales du vagin, d'autres se voient dans l'intervalle des rides. En résumé, de même que pour l'ophthalmie granuleuse, avec laquelle la vaginite granuleuse a tant de rapports, nous ne savons pas encore dans quel élément des parties constitutives du vagin siégent les granulations. Des recherches d'anatomie pathologique, faites minutieusement à l'aide du microscope, et précédées d'une étude approfondie de la

structure normale du vagin, pourraient peut-être faire arriver à quelque chose.

Encore faudrait-il trouver par hasard une femme qui mourût de toute autre maladie pendant qu'elle serait affectée de vaginite granuleuse. Nous avons eu deux fois cette occasion. Dans l'une, nous n'avons pu en profiter, par la raison que notre temps, employé à d'autres travaux impossibles à abandonner, ne nous laissait pas assez de loisir pour faire faire les recherches préliminaires et indispensables de l'anatomie normale du vagin. Nous aurions conservé la pièce que nous avons présentée à la Société anatomique, si presque toutes les granulations, déjà en petit nombre pendant la grossesse, n'avaient presque disparu par suite des distensions violentes éprouvées par le vagin pendant l'accouchement d'abord, puis par les diverses préparations que je lui ai fait subir pour démontrer une nouvelle disposition des fibres musculaires de l'utérus : l'examen de cette pièce anatomique ne nous a par conséquent rien appris de plus que ce que nous savions déjà d'après l'inspection directe du vagin (Voy. obs. v).

Dans l'autre cas, nous avons soumis la pièce que nous conservons à un examen minutieux à l'œil nu, à la loupe et au microscope ; nous n'avons trouvé dans chacune des granulations aucune trace de cavité : c'était une masse homogène se continuant sans distinction avec le reste du tissu de la muqueuse. Si quelque anatomiste plus habile que nous désire étudier cette pièce, nous la tenons à sa disposition, tout en prévenant que les granulations sont en partie effacées par le fait de l'accouchement. La pièce provient d'une malade morte en 1843 d'une péritonite puerpérale à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Piedagnel.

§ III. *Nature*. — Bien des choses pourraient être dites sur cette question, mais ce ne seraient que des hypothèses sans rien de précis. Nous nous contenterons de constater qu'il y a dans la vaginite granuleuse un élément inflammatoire, sans nous occuper de savoir s'il y a ou s'il n'y a pas quelque chose de plus. La rougeur constante, parfois assez intense, surtout la sécrétion purulente, signe caractéristique d'un des états pathologiques qui appartiennent à l'inflammation ou lui succèdent, si on aime mieux, ne laissent pas, nous le croyons du moins, le moindre doute à cet égard. Nous ferons remarquer aussi l'analogie très grande qui

existe entre la vaginite granuleuse et la conjonctive granuleuse, deux maladies paraissant constituer les types d'un mode pathologique encore peu connu, l'*inflammation granuleuse*.

§ IV. *Causes*. — Malgré l'attention la plus minutieuse apportée par nous à l'examen des malades, les causes de la vaginite granuleuse restent on ne peut plus obscures. La circonstance la plus remarquable que nous ayons observée, c'est la coïncidence extrêmement fréquente de la grossesse et de cette forme de vaginite.

Voici, du reste, tout ce qu'il est possible de retirer, sous le rapport des causes, de quatorze observations de vaginites granuleuses, observations très détaillées et recueillies soigneusement par nous-mêmes à l'hôpital de Lourcine; nous y en aurions ajouté volontiers une quinzième, celle de la malade du service de M. Piedagnel citée plus haut, si nous avions pu nous la procurer.

L'âge des malades sur lesquelles nous avons trouvé la vaginite granuleuse est précisément celui pendant lequel elles sont le plus fréquemment exposées à devenir enceintes, savoir, de 18 à 35 ans. Nous en avons observé un cas à 18 ans, un à 19 ans, trois à 20 ans, un à 21 ans, deux à 22 ans, un à 23 ans, un à 24 ans, un à 29 ans, un à 32 ans, un à 33 ans, et un à 35 ans. Nos chiffres sont trop peu nombreux pour pouvoir en retirer toute autre conclusion; toutefois, il en résulte provisoirement que nous avons observé surtout la maladie de 20 à 24 ans, huit cas, c'est-à-dire plus de moitié.

Le tempérament et la constitution des malades n'ont paru avoir aucune influence dans les cas que nous avons observés. Quatre malades avaient un tempérament sanguin, deux étaient lymphatiques, une nerveuse, une pléthorique. Les six malades restantes n'avaient pas de tempérament caractérisé : quatre jouissaient d'une bonne constitution, une n'offrait rien de notable. et la dernière avait une constitution assez triste.

Huit des malades avaient toujours joui d'une excellente santé. Une autre, dans les mêmes conditions, avait eu seulement la gale long-temps auparavant. Deux, dont une avait en outre présenté des symptômes de lypémanie, étaient sujettes à de nombreuses indispositions assez légères. Des trois restantes ayant toujours joui d'une bonne santé, l'une avait eu, deux ans et demi auparavant, après des rapports avec un homme malade, un écoulement qui fut guéri au bout d'un mois, et récidiva quatre mois après

sans nouveaux rapports sexuels, pour persister depuis; la treizième avait eu, huit ans auparavant, une maladie de la vulve dont elle ne connaissait pas la nature; la quatorzième avait eu, et présentait encore en même temps que sa vaginite, des végétations qui devaient peut-être bien leur origine à la vaginite granuleuse négligée, ou plutôt non constatée probablement par les premiers médecins, parmi lesquels se trouvait l'un de nous, qui ont soigné la malade. Ces deux dernières circonstances doivent nous arrêter un instant. On voit d'une part que la vaginite granuleuse n'a aucun rapport avec la syphilis, puisque aucune de nos malades n'a eu d'antécédens syphilitiques, et ne nous a présenté de phénomènes syphilitiques consécutifs, bien que quelques-unes d'entre elles aient été soumises encore à notre observation longtemps après leur guérison; d'ailleurs il n'y a pas la moindre analogie à établir entre cette maladie comme entre toutes les autres maladies vénériennes non syphilitiques, et les maladies syphilitiques, soit sous le rapport des causes, soit sous le rapport de la marche, des symptômes, du pronostic, du traitement, etc.

La confusion étrange établie encore de nos jours par quelques personnes entre deux ordres de maladies aussi distincts, nous a contraint à faire cette légère digression. Un autre fait important, sur lequel nous appelons l'attention, c'est la coïncidence des végétations avec la vaginite granuleuse : nous l'avons observée sur deux malades. Les végétations s'étaient probablement développées sous l'influence de l'écoulement produit par la vaginite granuleuse, car les végétations, regardées bien à tort par certaines personnes comme un symptôme syphilitique, sont très souvent produites par l'action sur la peau de la matière des écoulemens, surtout des écoulemens non syphilitiques. C'est une vérité que je me charge de démontrer plus tard.

L'état des règles n'a contribué en rien au développement de la maladie: onze malades étaient bien réglées, malgré la vaginite; trois l'étaient mal; deux avant le développement de la vaginite; et une à-peu-près depuis la même époque que le début de la maladie, probablement par pure coïncidence (obs. v).

Jusque-là, à part l'âge, nous ne trouvons encore aucune cause prédisposante. Nous en avons signalé, en commençant, une extrê-

mement remarquable, dont nous allons maintenant prouver l'influence.

Neuf malades sur quatorze (1) étaient enceintes au moment où elles se sont présentées à notre examen, et la maladie paraissait toujours ou presque toujours avoir commencé avec la grossesse, ou depuis son début, sans autre cause efficiente. C'est dans ce sens que nous avions d'abord observé la maladie, à tel point que nous l'avions crue intimement liée à la grossesse. Notre opinion paraissait s'appuyer sur plusieurs autres circonstances importantes, surtout celle que nous signalerons à propos de la marche de la vaginite granuleuse, savoir, sa disparition *spontanée* dans quelques cas immédiatement après l'accouchement. La maladie paraissait donc naître et disparaître avec la grossesse. Mais nous dûmes changer d'opinion lorsque M. Potier observa, d'une part que la maladie pouvait exister chez des femmes non enceintes, et d'autre part, que l'on pouvait, sans aucune crainte d'accidens, la guérir pendant que la malade était encore enceinte. Cinq de nos malades n'étaient pas enceintes lorsque nous avons observé leur maladie : l'une avait eu quatre grossesses antérieures; la seconde n'avait eu qu'une grossesse antérieure, et s'il faut les en croire, leur vaginite n'aurait eu aucun rapport avec ces grossesses, puisque les premiers symptômes n'en auraient apparu que long-temps après. La troisième avait eu une grossesse antérieure, de laquelle datait l'apparition de ce que la malade appelait ses flueurs blanches. Tenant compte de ce fait nous étions peu disposés à croire les récits des deux précédentes malades, et nous pensions, malgré leurs dénégations, pouvoir rapporter l'origine de leur maladie à leurs grossesses, qui auraient été accompagnées et suivies d'un peu de flueurs blanches, auxquelles les malades n'auraient pas fait attention, lorsque nous avons eu occasion de voir une quatrième malade qui, bien positivement, n'avait jamais été enceinte (obs. VI), et qui avait cependant une vaginite granuleuse incontestable. Nous avons vu une cinquième malade qui n'était pas enceinte au moment où elle était soumise à

(1) Nous pourrions dire dix sur quinze, les deux tiers, en ajoutant à nos quatorze observations celle de la malade de M. Piedagnel.

notre examen ; mais comme l'observation ne porte pas qu'elle ait ou n'ait pas eu de grossesses antérieures, nous n'en pouvons rien dire. Malgré cela, la grossesse n'en reste pas moins la cause prédisposante la plus active de la vaginite granuleuse; si la maladie peut apparaître en dehors de la grossesse, du moins c'est chez les femmes actuellement enceintes qu'elle se manifeste au plus haut degré, qu'elle est le plus caractérisée.

La jeune fille de l'obs. VI, qui n'avait jamais été enceinte, nous a présenté la maladie bien caractérisée d'ailleurs, au degré le plus faible que nous ayons observé. La grossesse n'est donc pas, comme nous l'avions cru d'abord, une cause efficiente de la vaginite granuleuse; mais elle en est la cause prédisposante la plus active.

Parmi les malades qui étaient ou avaient été enceintes, dix n'avaient eu qu'une seule grossesse ou étaient enceintes pour la première fois; une était enceinte pour la seconde fois, la douzième avait eu quatre grossesses antérieures ; les deux autres malades, l'une surtout d'une manière certaine, n'avaient pas été enceintes.

Neuf de nos malades avaient immédiatement avant l'époque la plus probable du début de leur vaginite, des flueurs blanches antérieures. Ces neuf malades ne sont pas les mêmes que les neuf enceintes au moment de notre examen, car deux n'étaient pas enceintes lorsque nous les examinions. Les flueurs blanches proprement dites paraîtraient, d'après cela, être une cause prédisposante. Cinq des malades qui étaient dans ce cas, c'est-à-dire sujettes naturellement à avoir de véritables flueurs blanches, limpides, peu abondantes, à peine ou point colorées, ont très bien observé le passage de celle-ci à un écoulement jaunâtre et abondant, accompagné parfois de certains symptômes fonctionnels, qui est survenu seulement au moment de leur grossesse, ce qui prouve encore l'influence déjà signalée de cette dernière cause. Les quatre autres ne nous ont pas signalé ce fait. Restent cinq malades qui n'étaient point sujettes aux flueurs blanches, et chez lesquelles la maladie paraît avoir directement commencé par un écoulement morbide.

Voilà tout ce que nous savons jusqu'à présent des causes prédisposantes de la vaginite granuleuse. Existe-t-il des causes réellement efficientes? Nous n'oserions pas l'affirmer; nous dirons seulement que deux de nos malades ont cru devoir rapporter

leur vaginite à des rapports récens avec des hommes ayant des maladies vénériennes qu'elles n'ont pas pu spécifier. Une troisième, celle déjà signalée plus haut, qui a eu d'abord un premier écoulement guéri en un mois, et récidivé spontanément quatre mois après, pour donner naissance à la vaginite granuleuse, attribuait aussi sa maladie à des rapports avec un homme malade. Les onze malades restantes affirmaient que des rapports sexuels n'étaient pour rien dans le développement de la maladie.

Afin de mettre chacun à même de faire, relativement aux causes de la vaginite granuleuse, des rapprochemens qui nous auraient échappé, ou qui ne ressortiraient pas assez nettement de l'exposé qui précède, nous allons résumer successivement, et d'une manière brève, les principales circonstances qui ont accompagné ou précédé la manifestation de la vaginite granuleuse chez nos quatorze malades. même pour celles dont les observations détaillées sont rapportées plus bas.

I. *Femmes actuellement enceintes.*

1° 22 ans : enceinte pour la première fois de cinq mois et demi. Suppression des règles il y a dix-sept mois ; flueurs blanches supplémentaires ; lypémanie guérie par le fait de la réapparition des règles ; persistance de flueurs blanches qui ne paraissent pas avoir augmenté depuis la grossesse.

2° 29 ans : enceinte pour la deuxième fois de sept mois. Il y a un peu plus de trois mois, rapports avec un homme malade ; deux ou trois jours après, écoulement indolent qui a persisté depuis.

3° 22 ans : enceinte pour la première fois de sept mois. Flueurs blanches depuis le début de la grossesse, venues comme spontanément, sans rapports avec un homme malade.

4° 18 ans : enceinte pour la première fois de six mois environ. Sujette aux flueurs blanches ; pas de rapports avec un homme dès le commencement de la grossesse, et depuis quelque temps déjà, lorsque les flueurs blanches ont augmenté en abondance et sont devenues jaunâtres.

5° 24 ans : enceinte pour la première fois de neuf mois. Sujette aux flueurs blanches ; pas de rapports avec un homme depuis cinq

mois; apparition de l'écoulement depuis cinq mois seulement.

6° 21 ans : enceinte pour la première fois de six mois. Un peu sujette aux flueurs blanches; pas de rapports sexuels depuis la grossesse; un mois après la manifestation de celle-ci, démangeaisons légères et écoulement qui a persisté.

7° 20 ans : enceinte pour la première fois de six mois et demi. Flueurs blanches depuis le début de la grossesse, ayant augmenté et étant devenues jaunâtres; sur la fin la malade a donné du mal à un homme.

8° 32 ans : enceinte pour la première fois de neuf mois. Flueurs blanches habituelles, devenues jaunes et plus abondantes depuis la grossesse.

9° 25 ans : enceinte pour la première fois de six mois. Flueurs blanches habituelles devenues jaunes et plus abondantes depuis la grossesse.

II. *Femmes non actuellement enceintes, mais l'ayant été.*

10° 33 ans : quatre grossesses; le dernier accouchement ayant eu lieu il y a six mois. Cuissons et flueurs blanches, dont il n'existait pas de traces jusque-là, après des rapports avec le mari qui tachait son linge; il y a trois mois, disparition des cuissons; persistance de l'écoulement.

11° 23 ans : première grossesse; accouchement il y a dix mois; pas de réapparition de règles; depuis un mois seulement flueurs blanches qui inquiètent la malade, parce qu'elle n'en a pas eu jusque-là.

12° 19 ans : première grossesse; accouchement il y a un an; pendant la grossesse survenue alors que la malade n'avait été réglée que deux ou trois fois (elle ne l'a plus été depuis), apparition de flueurs blanches verdâtres, sans douleur, qui ont persisté depuis, sans que la malade ait vu d'autre homme que celui qui l'a rendue enceinte après un premier rapport, puisqu'elle a été renfermée dans un couvent.

III. *Femmes n'ayant pas été enceintes.*

13° 20 ans : jamais de grossesse; écoulement il y a deux ans et demi, après des rapports avec un homme malade; guérison au

bout d'un mois; quatre mois après, réapparition de l'écoulement, bien que la malade, enfermée dans un couvent, n'ait plus vu d'hommes.

14° 20 ans : pas de grossesse; démangeaisons et cuissons à la vulve; écoulement depuis quatre mois, et probablement antérieur; complication de végétations.

En parcourant la première partie de ce résumé, on remarque encore une circonstance qui diminue l'importance trop grande attribuée d'abord par nous à la grossesse, dans la manifestation de la vaginite granuleuse. La première malade semblerait avoir eu sa maladie avant que de devenir enceinte; la seconde est une des deux qui devraient leur maladie à un rapport infectant.

En résumé, nous ne trouvons comme causes principales de la maladie, que la grossesse et des flueurs blanches antécédentes; peut-être dans quelques cas, des rapports sexuels infectans peuvent-ils concourir à la développer. La grossesse, comme nous l'avons vu, est la cause la plus active, la plus incontestable : neuf femmes sur quatorze étaient enceintes, et chez sept d'entre elles, au moins, la maladie s'était développée avant ou depuis la grossesse. Trois autres avaient été enceintes, et il serait difficile d'affirmer que leur maladie n'a pas commencé avec la grossesse, ou tout au moins n'a pas été aggravée par elle. Neuf malades également avaient des flueurs blanches antérieures. Faut-il considérer ces flueurs blanches comme des causes même prédisposantes de la vaginite granuleuse? Beaucoup de doutes pourraient être élevés avec raison; car les flueurs blanches, comme on sait, sont si communes dans les grandes villes, comme Paris, qu'en l'absence d'une statistique probante, nous ne savons pas si, en général, plus de neuf femmes sur quatorze, bien portantes, prises comme terme moyen, n'ont pas de flueurs blanches; nous serions très disposé à croire ce chiffre plus faible que trop fort. La préexistence des flueurs blanches ne prouverait donc absolument rien, comme prédisposition à la maladie. Quant à des rapports sexuels infectans, nous avons vu qu'ils ont été soupçonnés seulement chez trois malades sur quatorze, ce qui rend, surtout en l'absence de toute vérification positive, cette cause très problématique. Il en résulterait que la vaginite granuleuse, quoique traitée

jusqu'à présent dans les hôpitaux de vénériens par suite de la confusion fâcheuse que font encore beaucoup de médecins entre tous les écoulemens provenant des organes génitaux, ne serait pas, à proprement parler, une maladie vénérienne. D'après ce qui précède, et aussi d'après la connaissance plus complète que nous allons essayer de leur donner de la maladie, nous croirions faire injure à nos lecteurs si nous supposions qu'ils pussent chercher à la vaginite granuleuse une origine syphilitique.

(*Archives générales de Médecine*, juillet 1844.)

(*La suite prochainement.*)

Spina-bifida; ablation de la tumeur; suture des lèvres de la plaie; pneumonie et méningite rachidienne; mort;

Par le docteur Tavignot, chef de clinique ophthalmologique à la Pitié.

On a proposé dans ces derniers temps l'ablation de la tumeur, dans le but de guérir radicalement le spina-bifida, maladie qui avait été regardée jusque-là comme à-peu-près au-dessus des ressources de l'art. Cette opération nouvelle ayant été couronnée de succès, j'avais à cette époque modifié la méthode employée par M. Dubourg, en cherchant à éviter la sortie du liquide arachnoïdien dont la soustraction brusque n'est pas sans inconvéniens, et à prévenir surtout l'entrée de l'air dans le canal rachidien. Peu de chirurgiens, néanmoins, se montrèrent partisans de la méthode nouvelle de M. Dubourg, et mon procédé particulier, qui devait suivre un peu la fortune de cette méthode, ne fut guère plus heureux. En vain M. Bernard publia-t-il un fait de guérison de spina-bifida, beaucoup de praticiens sont encore aujourd'hui disposés à ne pas tenir compte des succès obtenus par ces messieurs de Marmande.

Nous venons de tenter nous-même l'ablation de la tumeur spinale par notre procédé : l'application en a été, comme manuel opératoire, on ne peut plus simple : la suture linéaire, restée parfaitement appliquée contre l'hiatus osseux du canal rachidien, n'était pas soulevée par le liquide arachnoïdien. Quoique le succès n'ait pas répondu à nos désirs, nous croyons de notre devoir de faire connaître le résultat de notre tentative; peut-être d'ailleurs serons-nous plus heureux une autre fois. A supposer même

que l'ablation de la tumeur reste dans la pratique, assurément il n'est venu à l'esprit de personne que ce soit une opération innocente et toujours suivie de succès. Notre malade nous avait donné quelque espoir; lorsque nous avons vu, en effet, que dans les premiers jours il ne survenait aucun accident, nous nous croyions déjà à l'abri d'une inflammation de l'arachnoïde. La suture ne fut-elle pas laissée trop long-temps appliquée pour un enfant de cet âge, dont la peau si mince est douée de tant de vitalité? Nous sommes porté à croire que l'espèce de fistule qui s'est établie, et qui a donné issue au liquide du canal et accès à l'air, tient évidemment à une ulcération de la peau déterminée par la présence des aiguilles. Cet accident, en effet, n'est survenu que le quatrième jour, et c'est à dater de là que les symptômes inflammatoires se sont manifestés. C'est un enseignement dont on devra profiter à l'avenir, en enlevant les aiguilles trois jours après l'opération, et en appliquant des bandelettes à leur place; je pense que de cette façon la réunion pourrait fort bien s'opérer sur des sujets ausi jeunes.

Le 1[er] août est entrée à l'hôpital des Enfans-Trouvés (service de M. Baron) Maria Belin, âgée de six jours, née avec un tumeur du volume d'un œuf à la région lombaire. A l'examen que j'eus occasion de faire le 4, je trouvai un sujet médiocrement développé, et d'un aspect assez chétif, pour se demander s'il était venu à terme. Quoi qu'il en soit, l'enfant a la tête régulièrement et normalement développée, rien n'indique qu'il soit hydrocéphale; la poitrine, l'abdomen et les membres supérieurs et inférieurs sont doués de sensibilité et de mouvement; à la région lombaire de la colonne épinière, et empiétant un peu sur la région sacrée, existe une tumeur du volume d'un gros œuf, assez régulièrement arrondie, aussi large à sa base qu'à sa partie moyenne: molle et en quelque sorte élastique, cette poche peut disparaître à-peu-près complétement sous l'influence d'une pression modérée; on sent alors ses parois formées par la peau doublée de couches sous-jacentes plus épaisses, et dont l'épaisseur peut bien être évaluée à 2 ou 3 millimètres. En pressant bien l'une contre l'autre les deux parties opposées de ce sac ainsi vidé, on rencontre une sorte de corde arrondie qui paraît adhérer à son sommet. Pendant ces tentatives de réduction, que je ne

prolonge d'ailleurs pas long-temps, dans la crainte d'accidens, l'enfant cesse de pousser des cris; il paraît comme engourdi. Aussitôt que l'on cesse la pression, la tumeur reparaît avec ses caractères ordinaires. Nous n'avons pas cherché à limiter l'hiatus qui fait ainsi communiquer à l'extérieur le canal rachidien; mais il est évident, par la disposition même des parties, qu'il doit avoir une étendue de 5 à 6 centimètres, et résulter par conséquent de l'absence de deux, trois ou même quatre lames vertébrales. A la base de la tumeur, la peau est intacte; mais à sa partie centrale et proéminente elle offre une coloration grisâtre et elle est détruite, dans quelques points, jusqu'à la couche la plus profonde du derme. Dans un pareil état, il était évident que la perforation de la poche rachidienne n'allait pas tarder à s'effectuer, et que la mort par méningite en serait bientôt la conséquence.

Le 5 août, M. Baron, médecin de l'hôpital, m'ayant autorisé à tenter une opération, je procédai devant lui, et en présence de M. Juglar, interne de service, de la manière suivante :

Avec les doigts de la main gauche, j'entoure la circonférence de la tumeur, que je tiraille assez fortement d'arrière en avant, tandis qu'à l'aide de la main droite j'applique sur sa base, et dans une direction verticale, un instrument particulier en forme de pinces, et qui a pour but d'accoler l'une contre l'autre les parois de la poche, pour s'opposer à-la-fois à l'entrée de l'air et à l'issue du liquide arachnoïdien pendant qu'on agira avec le bistouri; mais, comme on le comprend aisément, la juxta-position des parties ne saurait être tout d'abord aisée à obtenir, à cause de la présence d'un liquide; aussi est-il nécessaire de pratiquer une ponction pour évacuer celui-ci. Le résultat que l'on désire est bientôt obtenu, et le compresseur agit alors comme on le désire : la pression que cet instrument exerce sur la base de la tumeur est partout uniforme, parce que les deux branches de l'instrument ne se touchent pas à leur base, mais sont éloignées l'une de l'autre d'au moins 2 millimètres. Il ne reste plus qu'à pratiquer la résection de la poche vidée et flétrie: pour cela le bistouri est dirigé parallèlement aux branches de l'instrument, mais à une distance de 2 à 3 millimètres de celles-ci : ce sont les petites languettes de peau que l'on a ainsi ménagées qui

constituent une sorte de bordure propre à fixer les aiguilles pour la suture entortillée ; seulement on fait en sorte de ne comprendre, autant que possible, que la peau, et de ménager surtout les cordons nerveux qui peuvent se rencontrer entre les lèvres de la plaie ; il ne reste plus qu'à retirer le compresseur, et l'opération est terminée.

Tel est le procédé qui fut mis en usage dans ce cas particulier : sept aiguilles ont été appliquées, des fils ont décrit des 8 de chiffre autour d'elles, et l'opération a été ainsi terminée en fort peu de temps.

Le compresseur n'a pas seulement pour avantage de maintenir fermé, pendant tout le temps de l'opération, le canal rachidien ; il maintient encore fixés les bords de la plaie, et rend plus simple l'application de la suture.

Le 5, le résultat immédiat de l'opération fut très heureux ; l'enfant n'a pas paru souffrir, et a continué à boire et à prendre le sein comme auparavant ; pas de fièvre, pas d'accidens convulsifs.

Le 9, le sujet fut pris d'une gêne assez grande de la respiration, qui était devenue suspirieuse et comme saccadée ; elle était accompagnée de gémissemens continuels. A l'examen du dos, nous constatâmes une régularité parfaite de la suture ; seulement, vers la partie moyenne de la plaie, on voyait suinter par une des ouvertures des aiguilles quelques gouttelettes de liquide laiteux ; le trajet d'une épingle s'était agrandi par ulcération, et il établissait ainsi une ouverture du canal à l'extérieur, que nous avions tant d'intérêt à éviter. Les accidens allèrent toujours en augmentant, et la jeune malade mourut dans la soirée, quatre jours et demi après l'opération : chose remarquable, elle n'a jamais présenté de paralysie des membres, ni d'accidens convulsifs.

Autopsie. — Les lèvres de la plaie offraient une teinte d'un brun noirâtre ; elles étaient baignées par un liquide séreux grisâtre. La réunion pouvait paraître assez exacte, mais il a suffi d'une légère traction pour faire bâiller la plaie ; la face interne de ses deux lèvres, celles qui se trouvaient en contact, étaient recouvertes par l'arachnoïde, qui à cet endroit n'offrait aucune

injection, aucune fausse membrane. En écartant ces deux lèvres, on pénètre dans une cavité qui est lisse, polie, toujours sans injection et sans fausses membranes. Aux parois de cette cavité viennent encore adhérer quelques filets nerveux; elle renferme, en outre, un liquide séreux grisâtre, comme celui que nous avons vu suinter par la plaie.

Le crâne ouvert, la dure-mère et la face externe du cerveau n'offrent rien à signaler; après avoir incisé les deux hémisphères cérébraux, j'arrive aux ventricules, desquels s'écoulent environ deux cuillerées à bouche d'une sérosité parfaitement limpide et transparente. La base du cerveau, protubérance et bulbe, sont sains.

Le canal rachidien, ouvert dans toute sa longueur, présente une rougeur ecchymotique sur la face antérieure des lames vertébrales, surtout à la partie moyenne du dos. La dure-mère ne paraît pas injectée; après l'avoir incisée, il s'écoule de la région dorsale un liquide épais, purulent, grisâtre, qui paraissait comprimé, si j'en juge par la force avec laquelle il tendait à s'échapper. Ce liquide s'arrêtait à la partie supérieure au niveau du trou occipital et en bas; j'en ai trouvé quelque trace dans la tumeur, quoique le liquide qu'elle renfermait fût beaucoup plus fluide et moins purulent. La pie-mère rachidienne protégeait suffisamment la moelle épinière, qui m'a paru n'avoir subi aucune altération.

Poumons. — Les deux poumons ont présenté, dans les deux lobes postérieurs, une hépatisation complète, signe non équivoque d'une pneumonie double au second degré.

Du côté des organes abdominaux, je n'ai rien noté.

D'après ce qui précède, je crois que cet enfant a dû succomber plus promptement par suite des progrès de la pneumonie, quoique la méningite rachidienne fût déjà assez étendue pour ne laisser aucun espoir de guérison.

Opération d'entérotomie, pratiquée avec succès dans un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle ; par M. Maisonneuve, chirurgien des hôpitaux de Paris.

« Madame D***, âgée de soixante-quatre ans, portait, depuis quinze ans environ, une tumeur inguinale du côté droit. Cette hernie, qui n'avait jamais été contenue par un bandage, s'étrangla le 27 avril 1844, et ne put être réduite, malgré l'emploi méthodique du taxis, des bains, de la saignée et des sangsues. Le 29 au matin, les accidens avaient acquis une intensité telle, qu'il parut dangereux d'attendre davantage. Je proposai l'opération, qui fut immédiatement acceptée par la malade, et pratiquée à deux heures trente minutes du soir.

« La tumeur avait le volume de la tête d'un fœtus à terme ; elle contenait une quantité notable de sérosité, ce qui rendit le premier temps de l'opération extrêmement simple. Après l'écoulement du liquide, je reconnus une anse d'intestin grêle, fortement tendue, de couleur lie de vin, et recouverte à son pédicule de fausses membranes molles, sans organisation appréciable. Le débridement fut pratiqué sur le collet du sac : aussitôt il me fut possible d'attirer au dehors les deux bouts de l'intestin, dans une longueur de 3 ou 4 centimètres ; la trace circulaire de l'étranglement était facile à reconnaître, mais rien n'annonçait une altération profonde des tuniques de l'organe. En conséquence, je procédai à la réduction : je m'assurai qu'elle était complète en introduisant le doigt dans l'orifice herniaire, et en explorant en haut, en bas, et sur les côtés, les parties attenantes de la cavité abdominale. La plaie fut ensuite réunie par première intention, au moyen de la suture.

« Les cinq ou six premières heures qui suivirent l'opération furent parfaitement calmes ; mais dans la nuit les accidens reparurent et se développèrent avec une effrayante rapidité. Le 31, malgré l'administration des purgatifs à toutes les doses et sous toutes les formes, le cours des matières ne s'était point rétabli : déjà le pouls filiforme, la voix éteinte, les traits profondément altérés, annonçaient une fin prochaine. Cependant un examen minutieux des symptômes généraux et de l'état du ventre me donna la conviction que je n'avais point affaire à une péritonite. Le relief

considérable des anses de l'intestin grêle, à travers les parois de l'abdomen, indiquait clairement l'obstruction intestinale comme la cause principale des accidens. C'était donc contre elle que devaient se diriger nos efforts. Nous n'avions plus à compter sur les purgatifs; leur administration était devenue impossible. Il n'y avait espoir de salut que dans une seconde opération. Mais ici la science me faisait défaut : elle n'avait à m'offrir aucun précédent. Je dus donc chercher toutes mes ressources dans l'étude approfondie du fait que j'avais sous les yeux. Une circonstance m'avait frappé vivement dans l'examen de la malade : c'était le relief que faisaient, à travers la paroi abdominale, les anses distendues de l'intestin grêle. Je pensai qu'il serait possible d'aller chercher une de ces anses, de l'attirer au dehors, et d'établir ainsi un anus artificiel; car ces anses distendues étaient évidemment placées au-dessus de l'obstacle. Je fis part de cette idée à mon confrère M. Prévost, et, sur son approbation, je me mis immédiatement à l'œuvre. Je divisai les adhérences de la plaie réunie déjà par première intention ; je développai les lambeaux du sac, et j'arrivai bientôt à l'orifice herniaire. Avec le doigt index, je rompis d'abord quelques fausses membranes ; puis, pénétrant dans l'abdomen, je rencontrai une anse intestinale que je pus, à sa distension considérable, reconnaître comme appartenant à la portion d'intestin placée au-dessus de l'étranglement. J'avais eu d'abord la pensée de l'attirer au dehors et de l'y fixer par des points de suture; mais, ayant reconnu entre cette anse intestinale et la paroi de l'abdomen des adhérences intimes, je crus pouvoir me dispenser de cette précaution, et procéder immédiatement à l'ouverture. A l'aide d'une pince à disséquer, je parvins à saisir un pli de l'intestin, et glissant des ciseaux mousses le long de la pince, je divisai le pli transversalement. Un jet de matière m'apprit que j'étais dans la cavité intestinale. J'introduisis cependant mon doigt, pour m'assurer qu'après son affaissement l'intestin n'avait point perdu ses rapports avec l'orifice herniaire.

« La malade était extrêmement fatiguée; je ne crus pas utile de rien faire pour solliciter la sortie d'une nouvelle quantité de matières, et je me contentai d'appliquer sur la plaie un cataplasme de farine de lin.

« La soirée se passa sans accidens nouveaux ; et, bien qu'il ne se fût écoulé qu'une fort petite quantité de matières, les vomissemens ne se reproduisirent plus. Le lendemain, 1er mai, la malade resta toujours dans un état d'affaissement considérable ; peu de matières s'écoulèrent encore, et pourtant les nausées, les vomissemens, ne se renouvelèrent pas. Un peu d'eau de Seltz sucrée fut bien supportée. Le 2 mai, vers dix heures du matin, une débâcle eut lieu par l'anus contre-nature, c'est-à-dire qu'il s'écoula tout-à-coup une énorme quantité de matières liquides qui inondèrent les garnitures et le lit. Dès-lors une amélioration notable se manifesta : les circonvolutions de l'intestin grêle cessèrent de faire relief à travers la paroi abdominale, l'état général d'anxiété disparut comme par enchantement, la malade put prendre avec plaisir des boissons nourrissantes, un peu de vin ; elle put supporter de nouveaux lavemens purgatifs, qui, toutefois, restèrent encore long-temps sans résultat.

« Jusqu'au 8 mai, rien de nouveau ne se manifesta. Les matières continuaient à couler abondamment par l'anus contre-nature ; les bouillons, les potages pouvaient être supportés, les forces revenaient graduellement ; mais l'extrémité inférieure de l'intestin restait toujours insensible à l'action réitérée des lavemens purgatifs. Enfin, dans la soirée du 8, on obtint l'expulsion de plusieurs tampons volumineux de matières stercorales endurcies, qui très certainement séjournaient dans l'intestin depuis un temps considérable ; mais cette évacuatiou ne fut suivie d'aucune autre. Cependant les forces se rétablissaient à vue d'œil, la malade se levait sur son séant, mangeait de bon appétit. Complétement rassurée sur son existence, elle commençait à se préoccuper de la persistance de son anus contre-nature, par lequel les matières coulaient presque continuellement. Je pensai que le moment était venu de commencer la cure de cette infirmité ; nous étions au 21 mai, à plus de trois semaines de l'opération. Je fis construire, avec de la charpie, de petits bourdonnets destinés à boucher l'orifice extérieur ; j'indiquai la manière de les introduire, de les maintenir par un bandage triangulaire, et je recommandai à la malade de les garder une ou deux heures chaque fois, à moins qu'elle n'éprouvât de fortes coliques. J'avais pour but d'opposer à la sortie des matières un léger obstacle mécanique, afin de les

forcer à prendre la voie normale. Le résultat dépassa toutes mes espérances. Le 23, vers midi, à la suite d'un repas dans lequel la malade avait mangé une côtelette de veau aux petits pois, de légères coliques se firent sentir dans tout le bas-ventre, et une abondante évacuation de matières molles et semi-liquides eut lieu par les voies naturelles. A dater de ce moment, tout écoulement cessa d'une manière absolue par l'orifice anormal, et le 29 mai, un mois juste après la première opération, la malade pouvait se lever, se promener, boire et manger comme en pleine santé. Le linge cératé qui recouvrait la plaie était à peine sali par un suintement stercoral, les selles étaient régulières, précédées seulement de légères coliques.

« Aujourd'hui, 16 septembre 1844, la malade est toujours restée complétement guérie. Les coliques diminuent de jour et jour. »

Autoplastie de la verge, par M. VIDAL (de Cassis).

M. Vidal (de Cassis) fait connaître à la Société de chirurgie un procédé d'autoplastie qu'il a appliqué au prépuce. Un chancre rongeant avait détruit presque tout le prépuce d'un homme encore jeune. Il n'en restait que la portion qui correspond au frein; elle représentait une languette très allongée et difforme. Le sommet des corps caverneux avait aussi été dévoré par le chancre, ainsi qu'une bonne partie de la base du gland ; ce qui restait de celui-ci était appendu à l'urèthre, et flottait comme le chapeau d'un champignon dont la tige est flexible. Dans cet état, la verge était hors de service.

M. Vidal a voulu réparer, autant que possible, le prépuce et soutenir le gland. Il a tiré partie de la languette dont il a été question. Il a d'abord rafraîchi les bords de cet appendice et les bords rongés du fourreau de la verge, puis il a divisé la languette sur la ligne médiane pour former des bandelettes qui ont été portées vers le dos de la verge, de manière à former avec ces deux bandelettes une espèce de cravate entourant l'urèthre et soutenant le sommet du gland, lequel a eu alors un point d'appui. Le tout a été fixé par des points de suture, et le sujet a pu se livrer sans inconvénient au coït après la réunion des bandelettes à la peau restante de la verge.

Il faut qu'on sache bien que ce n'est pas seulement pour créer

un prépuce que cette opération a été entreprise, mais pour remplacer, autant que possible, ce qui avait été détruit des corps caverneux, et pour soutenir le sommet du gland, qui appendait à l'urèthre sans fixité. (*Gazette des Hôpitaux du* 15 *octobre* 1844).

CHRONIQUE DES CHIRURGIENS.

La spatule canelée rendue à Louis est une doctrine à qui de droit. — L'élimination dans les concours.

Rendons à César ce qui appartient à César, et notre spatule à Louis. On sait, peut-être, que j'ai proposé de creuser, sur le milieu de la spatule de nos trousses, un sillon. Une pareille modification fait que cet instrument est d'une utilité réelle dans certains cas de débridement herniaire. M. Malgaigne vient de m'apprendre que Louis avait conseillé cette rainure, afin d'utiliser la spatule dans les débridemens comme on se sert de la sonde ailée. Or, l'usage de la sonde ailée et celle de la spatule canelée, telle que je la fais fabriquer, sont deux choses parfaitement différentes. Quoi qu'il en soit, je restitue à l'illustre académicien sa spatule, et je remercie M. Malgaigne de m'avoir éclairé sur ce point de l'histoire de cet instrument. Je n'étais pas le seul dans l'ignorance de l'origine véritable du sillon spatulaire; car M. Velpeau, dont l'érudition est si riche, et dont l'indépendance, à mon égard, ne peut plus être contestée aujourd'hui, ce savant professeur a décrit et représenté, dans son livre, cette spatule comme m'appartenant. Au fond, M. Malgaigne a flatté mon orgueil en prouvant que j'ai pensé comme une des plus hautes illustrations chirurgicales, sans être inspiré par aucun document. Or, comme je hais l'ingratitude, je m'empresse de rendre un service bien autrement important à M. Malgaigne. Après tout, la spatule n'est que le plus humble des instrumens de notre trousse, tandis qu'il va être question de ce que M. Malgaigne appelle une doctrine !

On sait qu'une des doctrines de M. Malgaigne, c'est de considérer comme appartenant à différentes causes les ruptures musculaires selon qu'elles s'effectuent dans la portion réellement musculaire ou dans la portion tendineuse. C'est une violente contraction musculaire qui rompt le tendon; ce serait, au contraire, une autre cause, une distension produite par d'autres forces, par un accident, une cause venant de dehors, qui produirait la rupture des fibres appartenant aux muscles mêmes. Eh bien ! voici un passage que je soumets à M. Malgaigne, et qui le flattera beau-

coup si, comme moi, il trouve qu'il y a entre cette doctrine et sa doctrine une petite ressemblance.

« *C'est pendant la contraction* du muscle dont il dépend qu'un « tendon peut être rompu. Il paraît au contraire que c'est pendant « l'action de leurs antagonistes, *ou d'une force étrangère*, que les « muscles se laissent déchirer, etc. »

Je répéterai ce que M. Malgaigne a dit très obligeamment de moi : j'ai la conviction que mon collègue ignorait complétement ce passage ; mais je ferai remarquer que cette citation appartient à un livre de notre siècle, tandis que Louis est un peu moins moderne. A. V.

Dans l'esprit de quelques hommes qui sont loin d'être mal intentionnés, le concours n'offre pas toutes les garanties voulues pour arriver à de bons choix pour le renouvellement du personnel médical des facultés et des hôpitaux. Le concours pourrait même nuire aux progrès de la science en forçant les jeunes médecins à des études superficielles incompatibles avec les recherches qui conduisent à de grandes découvertes. Le concours, enfin, tuerait le génie au profit de la mémoire. Comme on le pense bien, tout cela est fort contestable ; mais nous ne voulons pas le contester ; nous supplierons seulement ceux qui ont une conviction opposée à la nôtre d'agir franchement d'après cette conviction, de supprimer, par conséquent, le concours, et d'indiquer aux jeunes médecins une voie plus loyale, plus favorable aux progrès de la science et à l'enseignement. Non, on n'indiquera pas cette voie, et pour d'excellentes raisons ; mais on compromettra le concours au point de le rendre odieux, même à ceux qui lui doivent de grands succès, et surtout à ceux qui le recherchaient pour obtenir une position.

Un des plus perfides moyens dirigés contre le concours, c'est l'élimination. En effet, ici le sort du candidat dépend d'une seule épreuve : sur 30 candidats, 20 seront éliminés. Or, il est impossible, au plus parfait médecin, comme au plus habile chirurgien, d'être sûr de lui dans toutes les épreuves. Il peut donc, à la première, se montrer réellement médiocre par une erreur grave, explicable ou non par le sujet que le sort lui a donné, par un accident, enfin, par une cause qui n'a aucun rapport avec sa capacité réelle. Eh bien! le voilà éliminé, sans qu'il puisse invoquer le moindre recours. Ici, pour ne pas attrister les nombreux éliminés, nous ne dirons pas les graves conséquences d'un pareil échec ; mais nous demanderons aux auteurs de cette cruelle mesure s'ils ont eu de puissans motifs pour l'adopter. A cela il ne sera fait aucune ré-

ponse sérieuse. En effet, dans une affaire aussi grave que le choix d'un médecin ou d'un chirurgien d'hôpital, nous ne pensons pas qu'on puisse compter les deniers que l'administration épuiserait en jetons, ou qu'on soit admis à invoquer la perte de temps des juges. De pareils argumens, s'ils étaient sérieux, feraient éclater des récriminations qui blesseraient peut-être ceux qui s'y attendent le moins. Un argument sur lequel on a beaucoup compté est celui-ci : dans les concours, se glissent, quelquefois, des hommes qui déshonorent l'institution par leur médiocrité, leur incapacité. Il est vrai que, plus d'une fois, on a vu se précipiter dans l'arène un malheureux qui n'allait pas à la cheville des hauts jouteurs, comme on voyait dans les temps antiques le cirque traversé par la plus petite espèce féline, au moment où les géans de la race s'apprêtaient au combat ; mais un immense éclat de rire, parti de la foule, faisait disparaître l'imprudent qui se hâtait de gagner un abri bien obscur. C'est ce qui est arrivé dans nos luttes. On répondra que ce ridicule dont on poursuit l'imprudent est un scandale. Oui ; mais vous ne l'évitez pas par votre mesure, car il paraîtra toujours une fois, et ce n'est ordinairement qu'une fois que le rire poursuit l'homme qui se trompe de chemin, et qui va au concours quand il faudrait retourner à l'école dont votre diplôme l'a trop tôt fait sortir.

Admettons que l'élimination empêche un ou deux (jamais trois) honteuses incapacités de figurer dans un concours; mais pour éviter que ces deux grotesques champions se donnent en spectacle à la foule rieuse, combien en éliminez-vous ? Les deux tiers et plus, c'est-à-dire dix-neuf sur vingt-neuf, comme nous avons pu le constater dans un concours de médecine, autant, proportion gardée, dans un concours de chirurgie non encore terminé. Et ici, n'ayant pas d'incapacité bien reconnue à éliminer, l'élimination étant cependant forcée, elle a frappé, qui ? des hommes de mérite, des hommes parmi lesquels se trouvent des chirurgiens dont les nominations n'auraient surpris personne, pas même ceux qui ont été conservés. Il est bien entendu que ce que nous venons de dire ne peut avoir rien de désobligeant pour ceux-ci. Nous voulons seulement faire comprendre que l'élimination a porté sur des hommes capables, sans le moins du monde, penser que le choix des conservés soit marqué au coin de l'injustice. Nous voulons enfin arriver à cette conclusion : pour l'économie de quelques jetons et pour éviter une ou deux trop réelles médiocrités, on a déclaré indignes de continuer la lutte les deux tiers des combattans qu'on a ainsi humiliés.

VIDAL (de Cassis), *Rédacteur principal.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

ACCIDENS DE LA BLENNORRHAGIE
prostatite aiguë,

Par M. VIDAL (DE CASSIS).

Déjà, dans ce journal (1), j'ai publié des faits et exposé des considérations sur les accidens de la blennorrhagie. J'ai principalement traité, de la cystite et de la néphrite blennorrhagiques. Je vais, aujourd'hui, faire connaître des faits qui, j'en suis certain, ne sont pas très rares, mais qu'on ne trouve ni dans les livres, ni dans les recueils scientifiques. Je veux surtout parler de la prostatite aiguë. J'ai cherché, en vain, dans les auteurs une observation complète de cette inflammation, à cet état. Il est bien entendu que je ne parle pas des abcès de la prostate, mais des engorgemens inflammatoires aigus qui ont une origine bien tranchée, bien connue, une marche franchement aiguë et une terminaison qu'on peut suivre jusqu'à la résolution. Ceux qui, comme moi, se sont trouvés dans la nécessité d'écrire, dans un traité dogmatique, un article sur la prostatite reconnaîtront facilement la justesse de ma remarque sur la pauvreté de la science à cet endroit et me sauront, gré sans doute, de les avoir mis à même de commencer l'histoire de l'inflammation aiguë de la prostate qui, jusqu'à présent, est restée presque

(1) Tome VI, page 257.

entièrement dans le domaine de l'imagination. Ce que j'ai écrit dans *mon Traité de pathologie externe*, ce qui a été dit par M. Begin, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, ce que M. Velpeau vient d'exposer dans la nouvelle édition du Dictionnaire en 21 volumes; tous ces articles témoignent de la disette de faits observés, avec quelque soin, sur la phlegmasie dont il s'agit.

J'ai fait suivre les observations de prostatites bien caractérisées, d'autres observations relatives à des accidens de la blennorrhagie caractérisés par un symptôme qui semble complétement opposé au symptôme qui dominait dans les premières observations, savoir, la rétention d'urine; mais on remarquera qu'alors la fréquence de l'émission de ce liquide a précédé la rétention. Aussi les dernières observations pourraient être considérées comme se rapportant à des degrés de la prostatite qui ne sont pas encore caractérisés par la tumeur du côté du rectum. Une remarque importante à faire, c'est que des trois sujets qui ont offert des prostatites bien caractérisées, le plus jeune avait 30 ans, et il y en avait un qui était âgé de 47 ans. On remarquera, au contraire, que les autres accidens de la blennorrhagie qui portent sur les organes génitaux proprement dits, arrivent à un âge moins avancé. Ainsi, sur un relevé de 92 orchites, j'en trouve 33 arrivées de 17 à 22 ans.

Obs. Ire. *Prostatite blennorrhagique. Rétention d'urine.* — Diot...., âgé de 40 ans, porteur aux halles, homme à cheveux bruns, à yeux noirs, à peau brune, d'une taille ordinaire, bien musclé, est entré à l'hôpital du Midi, salle 10, n° 5, le 6 février 1843.

Il n'a jamais été malade, soit de la syphilis, soit d'aucune autre maladie. Le premier de l'an, il a des rapports avec une

femme veuve, non pendant qu'elle avait ses règles ; il ne sait pas si elle était infectée ; au bout de quatre jours, écoulement léger, non douloureux par l'urèthre ; cet écoulement dure ainsi pendant dix jours, après lesquels, il survient quelques picotemens en urinant, lesquels sont bientôt suivis d'envies fréquentes d'uriner ; ces besoins augmentent promptement de fréquence et deviennent si impérieux que le malade est obligé de les satisfaire, quel que soit le lieu où il se trouve, sous peine de rendre ses urines involontairement ; depuis huit jours, à ces symptômes s'est ajoutée une difficulté de plus en plus considérable d'uriner, laquelle, depuis hier, s'est convertie en une rétention d'urine complète, ce qui a jeté le malade dans un état d'anxiété extrême.

Après son entrée, on pratique le cathétérisme, et la sonde pénètre dans la vessie avec la plus grande facilité et sans douleur plus considérable qu'ordinairement, son pavillon est seulement dévié un peu latéralement à gauche lorsque le bec arrive vers la région prostatique. Aussitôt qu'elle a pénétré, il sort avec force environ deux tiers de litre d'urine. — Le canal est le siége d'élancemens, de picotemens, d'un sentiment de brûlure dans toute sa longueur, mais c'est surtout la région périnéale profonde qui est douloureuse ; cette douleur empêche le malade de s'asseoir et lui fait pousser des gémissemens continuels. Le toucher par le rectum fait reconnaître dans la région prostatique une tumeur à surface carrée présentant deux bords latéraux à-peu-près parallèles à la direction de l'intestin, et deux autres bords, l'un antérieur, l'autre postérieur, perpendiculaires aux premiers ; la surface que forme l'intersection de ces bords peut avoir environ deux pouces de côté ; l'angle formé par la rencontre du bord droit et du bord postérieur est beaucoup plus saillant que celui formé par le

même bord postérieur et le bord gauche; cet excès de saillie du côté droit existe d'ailleurs, à un degré moins prononcé, dans toute la longueur de la tumeur. La pression sur cette tumeur est insupportable; la consistance de la tumeur est à-peu-près comme une tumeur phlegmoneuse qui offrirait une fluctuation obscure. On ne voit qu'un très léger suintement séro-muqueux au méat urinaire.

La face du malade est rouge, les conjonctives sont injectées, les yeux saillans, la chaleur de la peau est élevée, le pouls à 100 environ. Il n'y pas d'appétit ni de sommeil. Le cathétérisme calme un peu l'état du malade.

Prescr. : Tis. de till., orange ; 30 sangs. et catapl. au périnée ; diète.

Le soir, les douleurs périnéales sont un peu moindres, mais la rétention d'urine est toujours complète ; le cathétérisme est de nouveau pratiqué avec la même facilité, et la sonde est toujours un peu déviée latéralement vers la portion prostatique. — On ne prescrit rien de nouveau.

Le 7 février au matin, le malade n'a pas dormi de la nuit, et on a été obligé de le sonder à trois heures du matin ; le cathétérisme a été toujours aussi facile. La tumeur, explorée par le rectum a présenté à-peu-près le même volume qu'hier. Le reste comme hier au soir. — Prescr. : 25 sangs. au périnée suivies d'un cataplasme ; 2 pilules opiacées camphrées ; lavement camphré ; bain de siége ; le reste comme hier.

Le 8, la tumeur a sensiblement diminué de volume ; elle paraît plus molle et comme fluctuante ; elle est toujours à-peu-près aussi douloureuse à la pression, mais elle l'est moins spontanément ; une selle a été provoquée hier par le lavement ; elle a déterminé des douleurs vives dans la tumeur. Cette nuit le malade a pu expulser quelques gouttes d'urine ; on a néan-

moins été obligé de le sonder, ce qui a été aussi facile que précédemment; le jet de l'urine a été lancé assez loin. Point de sommeil la nuit; facies un peu moins anxieux; pouls à 90, moins fort. — Même prescr. moins les sangsues.

Le 9, le même état persiste presque sans changement; le malade souffre cependant un peu moins, mais il n'a pu uriner que quelques gouttes. La tumeur semble aussi diminuée au moins du côté de son angle saillant. Le cathétérisme offre toujours les mêmes particularités. Pouls à 85-90, encore assez fort; chaleur un peu plus que normale de la peau. — Même prescr., plus 10 sangsues au périnée, et moins le lavement.

Le 10, amélioration notable; le malade a pu uriner un verre de liquide en sept à huit fois différentes et goutte par goutte; cela lui a suffi pour n'avoir pas besoin d'être sondé la nuit. Il a dormi un peu; les douleurs spontanées sont modérées dans le canal et la région périnéale, elles sont encore assez vives à la pression; le toucher rectal permet de constater que l'angle si saillant qui existait à droite est à-peu-près complétement effacé, et que la tumeur n'est guère plus saillante de ce côté que du côté gauche; elle a également diminué d'une manière notable dans sa totalité, et a pris une consistance plus molle. La chaleur de la peau est à-peu-près normale; le pouls peu développé à 70-75. Un peu d'appétit. L'écoulement uréthral est devenu un peu opaque et un peu plus abondant, mais il ne s'est rien écoulé qui ait pu faire croire à l'ouverture d'un abcès dans les voies urinaires. Chaleur de la peau normale; pouls peu développé à 70. Appétit prononcé. Le cathétérisme est pratiqué ce matin sans plus ni moins de facilité que précédemment. — Till. or., cataplasme sur le périnée, bain de siége prolongé; 2 bouillons.

Le 11, plus de deux verres d'urine ont été rendus sans le

secours du cathétérisme, et presque exclusivement goutte à goutte, de temps en temps seulement, lorsque le malade poussait très fort, l'urine sortait un instant par un jet fin qui cessait presque aussitôt; le cathétérisme n'a été nécessaire qu'une fois hier au soir. La tumeur, explorée par le rectum, continue à diminuer de volume; la diminution s'opère surtout aux angles qui s'effacent de plus en plus. Les douleurs sont peu considérables, même à la pression. Le sommeil n'a été interrompu que par les envies toujours très fréquentes d'uriner. Appétit très vif. Pouls et chaleur à l'état normal. Même prescr., plus deux soupes.

A partir de ce jour, l'état du malade continue à s'améliorer sans interruption; les urines de moins en moins difficiles; le 18, elles sont rendues presque sans douleur, quoique plus fréquemment qu'à l'état normal; le 26, elles sont tout-à-fait normales. La tumeur diminue de plus en plus et devient complétement indolente à la pression; à la sortie du malade, il n'y a aucune saillie anormale dans le rectum. L'écoulement uréthral suit une marche opposée au reste de la maladie; le 18, il est presque aussi abondant qu'avant les accidens; depuis ce jour jusqu'au 11 mars, on donne 4 grammes de térébenthine, sans aucun succès; on prescrit alors le cubèbe à doses croissantes jusqu'à 20 grammes; au deuxième jour de son administration, l'écoulement a diminué notablement; au sixième, il a complétement disparu. On continue le médicament jusqu'à la sortie du malade, et l'écoulement ne se reproduit pas, quoique dans les cinq derniers jours ce malade ait passé une partie de la journée dans le jardin. Les alimens ont été graduellement augmentés jusqu'à la portion entière, sans que les digestions aient été au moment troublées. Enfin le malade sort le 3 avril dans un état de santé parfaite.

Cette observation, qui a été recueillie par M. de Castelneau pendant qu'il était interne dans mon service, est peut-être la seule dans la science qui prouve d'une manière assez détaillée et assez exacte la liaison intime d'une prostatite aiguë aussi prononcée avec la blennorrhagie. On a remarqué sans doute que cet homme n'avait jamais eu ni maladies des organes génito-urinaires ni autres maladies, et que c'est à la suite d'une blennorrhagie qui a été des plus bénignes pendant dix jours entiers, qu'a éclaté la prostatite dans sa forme la plus aiguë. Ce fait est peu favorable à l'opinion des praticiens qui voudraient ne faire aucune thérapeutique contre la blennorrhagie. Je dois rappeler ici, avec soin, les douleurs éprouvées du côté de la prostate pendant la défécation, qui étaient comme celles qu'on produisait par le *toucher* rectal.

Observ. IIe. *Blennorrhagie. Prostatite aiguë.* — Collot, 27 ans, imprimeur, entré le 8 juillet 1844. Constitution assez robuste, depuis quelques années sujet au rhumatisme. Il y a trois semaines, cet homme fut pris d'une blennorrhagie, quatre jours après un coït impur. L'écoulement devint promptement blanc, épais, assez abondant, mais il ne s'accompagna point de douleur vive en urinant. Le 6 juillet, il était à-peu-près nul, non douloureux. Le soir, excès alcoolique; dès le lendemain matin, impossibilité d'uriner. Le malade passe dans cet état toute la journée du dimanche 7 juillet, et vient se présenter le lundi matin à la consultation.

8 juillet. La face est pâle, anxieuse, le pouls faible; le corps est penché en avant; l'hypogastre est douloureux, tendu; envies fréquentes d'uriner que le malade ne peut satisfaire; pesanteur au périnée; épreintes à l'anus. La matité hypogastrique remonte jusqu'à l'ombilic.

Cathétérisme. Près de trois litres d'urine sont évacués par la sonde (le malade n'avait point uriné depuis 40 heures). La sonde entre facilement ; seulement son passage à la région prostatique est douloureux, mais ne fournit point au chirurgien la sensation d'un obstacle. Le toucher rectal fait constater une tuméfaction prononcée de la prostate. Petit lait. 20 sangsues au périnée. Lavement émollient. Diète.

Cathétérisme, pratiqué trois fois dans les vingt-quatre heures.

9 juillet. Les sangsues ont fourni peu de sang. Même traitement. Un bain de siége. La défécation se fait plus librement, mais lorsqu'elle s'exécute, elle est douloureuse et donne lieu à un ténesme vésical très prononcé. Le malade est sondé trois fois.

10 juillet. Amélioration ; les envies d'uriner sont un peu moins fréquentes, et le malade rend seul quelques cuillerées d'urine. La prostate a diminuée de volume. Petit lait, 20 sangsues au périnée. Deux potages. Deux cathétérismes dans les vingt-quatre heures.

11 juillet. Les dernières sangsues ont fourni beaucoup de sang. Grande amélioration ; la prostate a presque repris son volume normal. Bain entier. Le cathétérisme est encore pratiqué deux fois.

12 juillet. Le malade a rendu sans cathétérisme pendant la nuit environ un demi-litre d'urine en plusieurs fois. Bain entier prolongé. Une portion. Un seul cathétérisme pratiqué le soir.

13 juillet. Le toucher rectal constate que la prostate n'est plus tuméfiée. Il n'est plus nécessaire de sonder le malade. En effet, celui-ci urine bien, à des intervalles assez éloignés et par un jet bien continu.

La blennorrhagie a repris le caractère aigu; l'écoulement est blanc, épais, mais non douloureux.

20 juillet. Tisane de bourgeons de sapin, poivre de cubèbe. L'écoulement disparaît peu-à-peu; le malade sort guéri le 31 juillet.

Voilà une observation qui ressemble beaucoup à la première. C'est encore une blennorrhagie de forme bénigne qui a été le point de départ. Mais est venue la circonstance de l'excès alcoolique qui explique la transformation de la blennorrhagie uréthrale en blennorrhagie prostatique. Il y a eu encore ici les douleurs causées par la défécation. Et, après la résolution de l'inflammation de la prostate, le retour de l'écoulement uréthral qui annonce alors la guérison. On a pu constater encore ici les avantages des applications de sangsues au périnée.

Observ. IIIe. *Prostatite blennorrhagique. Rétention d'urine.*—B., 30 ans, entré le 10 juin 1844. Constitution peu robuste. Tempérament lymphatique. Bonne santé habituelle. Cet homme contracta une blennorrhagie, il y a huit mois; il ne la traita jamais d'une manière régulière, interrompant un traitement commencé pour se livrer à des excès de tout genre. Chaque fois, la blennorrhagie reprenait l'état aigu, puis diminuait ensuite et spontanément, tant que le malade modérait ses excès et prenait du repos.

Le 9 juin, cet homme se livra aux boissons alcooliques, plusieurs fois au coït, et rentra ivre chez lui. Dans la nuit, impossibilité d'uriner; et le lundi matin, 10 juin, même impossibilité. Il se présenta à la consultation. Voici quel était son état: la face est pâle et offre les traces de l'anxiété, la peau est froide, le pouls est peu développé; il se tient courbé en avant comme un homme qu'un obstacle puissant empêche de se

redresser. La vessie est distendue par une grande quantité d'urine, douleur vive dans le bas-ventre, pesanteur au périnée, point de douleur ni d'épreintes à l'anus. Par le toucher rectal, on constate une augmentation très notable du volume de la prostate, elle est chaude, peu douloureuse, si ce n'est par une forte pression. . . . .

Ce malade est sondé immédiatement dès son entrée; l'on retire au moins deux litres d'urine. Le cathétérisme n'offre aucune difficulté, seulement, le passage de la sonde à la région prostatique dénote en ce point une sensibilité anormale. Petit lait. 20 sangsues au périnée. Diète. Au bout de deux heures, le ténesme vésical est aussi fort que le matin; nouveau cathétérisme à deux heures, puis à 6 heures de l'après-midi, et enfin le soir à 11 heures.

11 juin. Même état. La vessie est encore distendue, le malade ne peut expulser la moindre goutte d'urine. D'ailleurs, le traitement a été nul; aucune des vingt sangsues n'a tiré du sang. Bain entier. 20 sangsues au périnée. Petit lait. Diète. On sonde le malade quatre fois. Le soir, nouvelle application de sangsues, les premières n'ayant point pris. Six sangsues seulement tirent du sang (Ainsi, sur 60 sangsues, 6 seulement ont été utiles) (1). . . . . .

12 juin. Même état, même prescription. Cette fois, les sangsues saignent beaucoup, aussi amènent-elles une grande amélioration dans le volume de la prostate; le toucher rectal pratiqué à 11 heures du soir permet de constater une diminution assez notable, cependant le cathétérisme a été pratiqué encore quatre fois. . . . . . .

Dans la nuit, à la suite d'efforts assez grands, le malade

(1) Il est bon qu'on sache qu'à l'hôpital du Midi on ne se sert que de sangsues déjà appliquées ailleurs. . . . . .

rend environ une demi-verre d'urine en plusieurs fois.

13 juin. Le matin, la vessie est encore très distendue, mais la douleur hypogastrique est moindre, le malade demande à manger. Pas de fièvre. Petit lait. Bain entier prolongé. Lavement émollient. Un bouillon. On ne passe la sonde que trois fois dans les vingt-quatre heures.

14 juin. Le malade commence à uriner seul ; la prostate a encore diminué, elle a repris, à peu de chose près, son volume habituel ; cependant, on est obligé de le sonder encore deux fois par jour ; le matin et le soir, jusqu'au 16 juin. Petit lait. 20 sangsues au périnée. 2 potages.

L'amélioration continue. Le 17 juin, la prostate n'est plus tuméfiée et le malade urine seul et sans douleur.

Lors de l'entrée de ce malade, l'urèthre n'était le siége que d'un simple suintement séreux ; l'écoulement a repris le caractère aigu. L'épididyme droit s'est engorgé. Repos au lit. Cataplasmes sur la tumeur. Légère alimentation (2 portions).

Le 30 juin, tisane de bourgeons de sapin ; poivre de cubèbe, 20 grammes.

Le malade sort guéri le 10 juillet.

Ici les blennorrhagies se sont répétées, il y a, comme dans la 2ᵉ observation, les circonstances des excès alcooliques. La rétention était portée très loin ; l'attitude du malade était comme dans le cas précédent : il était fort courbé en avant, et rien n'aurait pu le forcer à se redresser. On déplorera sans doute, comme nous, le retard que nous avons été obligé de mettre au soulagement de ce malheureux, retard occasionné par la mauvaise qualité des sangsues, et on remarquera avec quelle promptitude la résolution s'est opérée dès que nous avons pu obtenir du sang.

OBS. IVᵉ. *Prostatite blennorrhagique. Rétention d'urine.*

—V., 47 ans. Entré le 24 octobre 1844. Bonne constitution. Bonne santé habituelle. Jamais d'affection vénérienne antérieure. Il y a deux mois, étant ivre, il contracta une blennorrhagie. Celle-ci ne fut point traitée d'abord pendant six semaines; elle fut exaspérée souvent par des excès alcooliques. Mais, depuis quinze jours, le malade affirme n'avoir bu que de l'eau et il met sur le compte d'injections avec le sous-acétate de plomb, qui le faisaient beaucoup souffrir, l'impossibilité où il fut bientôt de ne pouvoir uriner. En effet, il vint le 24 octobre, se plaignant de sa rétention d'urine. Fréquemment il avait des envies qu'il ne pouvait satisfaire, le bas-ventre était douloureux, il y avait de la pesanteur au périnée ; point de constipation. Le cathétérisme est très facile ; le malade n'accuse même pas de douleur pendant le passage de la sonde ; l'on retire environ un litre et demi d'urine très fétide. Par le toucher rectal, on constate une augmentation bien manifeste du volume de la prostate et une grande dureté de la tumeur. Petit lait. 20 sangsues au périnée. Repos au lit. Deux potages.

Le lendemain, 25 octobre, l'état est à-peu-près le même; le malade ne peut encore uriner seul, on ne pratique pas le toucher rectal. Petit lait. Bain entier. Une portion.

Le 26, même état ; les envies d'uriner sont beaucoup moins fréquentes, la vessie conserve une plus grande quantité de liquide, mais elle ne peut l'expulser. 20 sangsues au périnée. Bain de siége.

Le 27 octobre, diminution du volume de la prostate, le malade commence à uriner seul ; il est sondé encore le 27 et le 28 octobre ; depuis, le besoin d'uriner se fait sentir à de rares intervalles et l'urine est aisément expulsée.

Le 29, il n'y a plus de traces de gonflement de la prostate, 3 portions d'alimens. Encore un peu de repos au lit. Bain entier.

Depuis le 27 octobre, la blennorrhagie a reparu, offrant les caractères de l'état aigu ; elle n'a point encore été traitée. Avant l'emploi des anti-blennorrhagiques, on désire laisser s'anéantir complétement l'état inflammatoire.

Ici, on notera encore des excès de boissons, mais il y a comme adjuvant dans l'étiologie les injections astringentes intempestives. Nous avons noté, la dureté remarquable de la prostate; ce qui nous fait présumer que son inflammation pouvait être plus anciennes que les autres. Cependant sa disparition a été aussi rapide que chez les malades des observations précédentes.

Obs. V°. *Blennorrhagie. Incontinence d'urine.* — H., 38 ans, entré le 28 octobre 1844. Constitution robuste; bonne santé habituelle. Il y a quatre mois, cet homme eut une blennorrhagie; elle fut assez aiguë pendant deux mois et traitée fort irrégulièrement. Au bout de ce temps, elle tomba dans les bourses du côté droit. Puis la blennorrhagie passa à l'état chronique; il y avait encore un suintement séreux, quand, il y a trois semaines, à la suite d'un excès, le malade fut pris de difficultés d'uriner. Tantôt il avait, à chaque instant, une envie très vive d'uriner, tantôt au contraire, il urinait involontairement une grande quantité d'urine à-la-fois; c'est ce dont nous fûmes témoins le jour même de la réception de ce malade, à la consultation. Au reste, il ne ressent aucune douleur, ni dans l'hypogastre, ni dans la région des reins, point de pesanteur au périnée, point d'épreintes à l'anus.

Le 29 octobre, l'état est le même que la veille ; il urine involontairement ; le toucher par le rectum ne fait constater qu'une augmentation très minime dans le volume de la prostate. Petit lait. 20 sangsues au périnée. Le malade urine

mieux le 30 octobre et moins souvent. Le 31, nouvelle application de 20 sangsues. Depuis lors, les envies d'uriner sont encore moins fréquentes, mais cependant encore pendant la nuit, les urines coulent involontairement.

Le 5 novembre, térébenthine de Venise, quatre grammes par jour.

On voit ici une cystite blennorrhagique du col. Les envies d'uriner sont devenues si fréquentes qu'elles ont fini par être permanentes; d'où évacuation continuelle; enfin il y a ici incontinence d'urine, qui est bien différente de celle des vieillards, de celles qui sont par regorgement.

Obs. VI. *Blennorrhagie. Fréquens besoins d'uriner.* — Entré le 14 avril 1842, rentré le 1er août. T., 33 ans, terrassier, membres très gros, taille élevée, figure rouge et pleine, cheveux blonds, peu de barbe. Le malade s'est toujours bien porté, a peu bu en sa vie, travaille sans fatigue, a beaucoup usé du coït depuis l'âge de 17 ans.

Il y a deux ans, il n'avait jamais eu de maladies vénériennes, et n'avait jamais souffert du canal ni de la vessie. Il contracta un écoulement qui ne se manifesta que lentement, et trois semaines après le coït suspect. Le gland ne fut pas rouge, l'écoulement blanchâtre et peu abondant; il y avait une cuisson assez vive dans le milieu de la verge en urinant. Le malade se mit pendant deux mois au lait et à la tisane miellée, mais les accidens ne cessant pas, il reprit son régime ordinaire et vit toujours des femmes; dès-lors, l'écoulement fut extrêmement léger et par gouttelettes blanches, le malade éprouva une certaine démangeaison, quelquefois vive, dans le canal. Le 14 avril 1842, il est entré dans le service ayant une grande peine à uriner et faisant pour cela des efforts peu douloureux. Les besoins d'uriner se représentaient souvent

une vingtaine de fois par jour. L'urine rendue, était plus abondante que d'habitude, elle laissait dans le vase un dépôt jaunâtre, ayant peu de cohésion, pas très abondant, n'adhérant pas au fond. Ces accidens avaient commencé depuis deux mois environ. A son entrée dans le service, il fut mis à la tisane émulsionnée, au petit lait, à deux portions. L'exploration par le rectum ne fournit aucune indication; le malade est et demeure constipé pendant tout son séjour, et on lui donne de temps en temps de légers purgatifs. A trois reprises différentes on lui met 25 sangsues au périnée : chaque fois le malade urine moins souvent et éprouve moins vivement un sentiment de plénitude sans douleur vive derrière le pubis. Mais au bout de quelques jours l'effet cesse et les accidens continuent.

Le 2 juin, on porte le caustique dans le canal, ce qui cause un peu de douleur pendant la journée, mais sans modification de l'écoulement; à la même époque, le malade fit, pendant huit jours et sans succès, des injections au nitrate d'argent dans le canal. Le 25 juin étant cependant un peu mieux, il demande à sortir du service, mais il rentre le 1er août.

Ce qui le détermine à rentrer, ce sont des besoins d'uriner extrêmement fréquens mais pas douloureux, les urines un peu troubles, l'écoulement toujours laiteux, peu abondant.

Le 4 août, le malade est mis à trois portions, on lui met un vésicatoire au périnée et un autre à la partie inférieure de la verge le long du canal : le premier effet de ces vésicatoires est de diminuer beaucoup l'écoulement mais ne modifie que peu l'émission de l'urine.

Le 15 août, l'écoulement, d'abord bien diminué, est un peu plus abondant que ces jours derniers, mais il n'urine plus que

deux ou trois fois par nuit : l'urine encore un peu trouble.

Le 27, on a essayé l'usage de la térébenthine à la dose de 4, puis de 8 grammes : l'effet produit a été à-peu-près nul. Le malade urine toujours fréquemment, son urine est trouble, l'écoulement est très léger. Cautère au périnée, continuer le petit-lait. On obtient pour lui un caleçon de flanelle.

Il sort le 13 septembre pour retourner dans son pays, n'urinant plus que cinq à six fois dans les vingt-quatre heures, l'urine est limpide, il n'éprouve pas de douleur, n'a plus qu'une gouttelette de muco-pus de temps en temps au méat.

Obs. VII[e]. *Blennorrhagie. Envies fréquentes d'uriner allant presque jusqu'à l'incontinence.* — A., 26 ans, entré le 30 mars 1843, a fait des excès les trois derniers jours de l'année dernière et les deux premiers de celle-ci avec une femme publique, reste ensuite cinq ou six jours sans rien ressentir ; puis commence à éprouver une démangeaison au fond du canal, laquelle se change bientôt en douleur et s'accompagne d'écoulement muco-purulent, puis d'écoulement sanguinolent pendant les érections qui étaient fréquentes et très douloureuses. Prend de la tisane avec une poudre blanche et des pilules ; cependant l'écoulement persiste et s'accroît de manière à exiger le changement de linge tous les deux jours. Le 8 février, le testicule droit devient rouge et douloureux, et il se manifeste une fièvre intense ; l'écoulement s'arrête presque entièrement et ne paraît que lorsqu'on presse le canal. Entre à l'hôpital le 10, dans un service d'un de nos confrères.

Le premier jour, tis. comm.; pil. op. camph.; cat. émoll., 20 sangs. sur le testic. Pas de changement notable.

Le surlendemain, compression. Après vingt-quatre heures, le malade ne pouvant l'endurer l'enlève, et le testicule est au moins le double de volume relativement à ce qu'il était d'abord.

A partir de ce jour, cataplasmes avec onguent mercuriel pendant trois semaines, puis emplâtres de Vigo jusqu'à la sortie qui a lieu le 18 ou 20 mars. Trois semaines après l'entrée, on a fait des injections de sulfate de zinc pendant douze jours, et après la deuxième ou la troisième, le testicule gauche est devenu enflé et douloureux. Chaque injection produisait des envies douloureuses d'uriner et d'aller à la selle, et, à partir de ces injections, les envies d'uriner furent très fréquentes, et quelquefois le malade, voulant se retenir un peu, pissait dans sa culotte. On le renvoya néanmoins, ses douleurs testiculaires étant moindres et la fièvre ayant disparu depuis long-temps.

Chez lui, le malade continua les cataplasmes, mais il ne put travailler, attendu que le moindre effort excitait l'excrétion urinaire involontaire, laquelle s'accompagnait d'un sentiment de brûlure dans le canal.

C'est dans cet état que le malade entra dans notre service. Il urinait un nombre illimité de fois le jour et la nuit.

Premier jour, 20 sangsues, petit lait, une portion. Diminution des envies d'uriner.

Le deuxième jour, 10 sangsues. Le lendemain, il n'a uriné que cinq à six fois dans la nuit. Petit lait, une portion.

L'amélioration continue, et le cinquième jour l'urine est excrétée à-peu-près naturellement. Le malade ne se lève point la nuit et n'éprouve aucune douleur, soit en pissant, soit spontanément. On donne deux portions.

Le septième jour, il veut se promener pour essayer s'il

pourrait sortir, mais le soir il éprouve quelques douleurs le long du canal, dans le testicule droit et jusque vers l'anus ; il garde de nouveau le repos, et tout disparaît huit jours après; il sort de l'hôpital parfaitement guéri. Nous l'avons revu un mois plus tard, et la guérison se maintenait.

MÉMOIRE SUR LA PUPILLE ARTIFICIELLE,

Par le docteur Pugliatti.

L'opération de la pupille artificielle n'est pas anciennement connue, et a été rarement abandonnée à des mains empiriques, contrairement à celle de la cataracte. Des maîtres célèbres, dans l'art de guérir, ont été les premiers à la pratiquer ; et l'on croit généralement que l'on doit rapporter à Cheselden l'honneur de l'avoir inventée. Ce grand chirurgien donna la description de son procédé dans les *Transactions philosophiques* de l'année 1730.

J'ai étudié et analysé les diverses méthodes proposées pour exécuter cette opération, avec la plus scrupuleuse attention, et je puis dire qu'avant de l'appliquer sur le vivant, j'ai cherché à m'instruire tant sur les animaux morts que sur plus de mille yeux préparés sur des cadavres d'hommes ; surtout à Florence, où j'ai eu plus de facilités pour me procurer des sujets. J'ai vu aussi, dans mes voyages, mettre en pratique plusieurs de ces méthodes. J'ai étudié attentivement les phénomènes qui se sont développés chez des malades opérés par des professeurs célèbres, et j'ai tenu un compte exact des résultats obtenus. Je suis resté convaincu que la corectomie est la méthode la plus sûre, l'occlusion consécutive de l'ouverture artificielle étant la suite la plus ordinaire des autres méthodes. Je me suis toujours servi, dans ma pratique, du pro-

cédé qui consiste à inciser une partie de la cornée avec le couteau de Richter, à saisir et à attirer l'iris avec le crochet ou les petites pinces, et à en exciser une portion avec les ciseaux; ce qui correspond à-peu-près au procédé de Beer. J'ai choisi de préférence cette manière d'opérer, parce que je l'ai trouvée de plus facile exécution et parce qu'elle a été plus généralement suivie de succès, aussi bien entre les mains des autres chirurgiens qu'entre les miennes.

Indications de la pupille artificielle. — Lorsqu'un obstacle quelconque empêche le passage de la lumière à travers l'iris et trouble ou abolit la vision, on peut tenter les secours de l'art toutes les fois que la cornée est transparente, ou que du moins elle n'est pas entièrement opaque. Relativement à la première circonstance, dans laquelle la cornée jouit de toute sa transparence, la formation d'une nouvelle pupille peut être indiquée dans les cas d'imperforation de l'iris, de persistance de la membrane pupillaire ou d'oblitération de la pupille naturelle. Cette opération est aussi indiquée lorsque l'iris étant adhérent à la cornée, la pupille est devenue tellement étroite qu'il ne passe pas suffisamment de rayons lumineux pour l'exercice de la vision. Finalement il peut être nécessaire de procéder à la création d'une pupille artificielle lorsque le cristallin et sa membrane ont perdu leur transparence, et que la capsule a contracté de fortes adhérences avec la pupille notablement déformée et rétrécie, ce qui arrive quelquefois après l'opération de la cataracte, par suite de l'épaississement de la capsule.

Dans le second cas, celui où la cornée est opaque, on ne pourra tenter la formation d'une nouvelle pupille, si une petite portion de cette membrane n'est pas restée transparente. L'opération pourra être pratiquée quand un leucôme sera

situé vis-à-vis la pupille naturelle, ou lorsque l'opacité anti-pupillaire sera due à un albugo, dans lequel l'épaississement de l'humeur, entre les lames de la cornée, ne laissera plus aucun espoir de résorption. S'il existe une affection staphylomateuse menaçant de s'étendre à toute la cornée, on ne doit pas opérer. Les lésions de la cornée, dont il vient d'être parlé, peuvent compliquer celles de la première catégorie ; l'issue de l'opération sera alors plus incertaine.

Les remarques que je vais présenter sur le manuel opératoire sont relatifs : 1° à l'incision de la cornée ; 2° à l'excision de l'iris, préalablement saisi et attiré au-dehors ; 3° aux phénomènes consécutifs.

Incision de la cornée. — La situation horizontale est la meilleure pour le malade, toutes les fois qu'il s'agit d'inciser la cornée, à cause de l'issue possible de l'humeur vitrée. Quand le malade est docile et ferme, et que l'on a des aides intelligens, on peut les faire asseoir. L'un des aides ramène doucement la paupière supérieure contre l'arcade orbitaire, fixant l'œil avec la face dorsale de ses doigts.

A. Il faut d'abord nous occuper du point d'élection, pour la pupille artificielle. Souvent on n'a pas le choix, le point sur lequel on doit opérer variant suivant l'étendue et le siége de l'opacité. Généralement parlant, quand le chirurgien peut choisir, c'est-à-dire quand l'opacité est bornée à cette portion de la cornée qui se trouve vis-à-vis le champ pupillaire, on doit choisir le côté interne de l'œil, comme celui qui conduit le mieux la lumière et s'adapte le plus à la direction des axes visuels. Du reste, on peut opérer sur n'importe quel point de la cornée, pourvu qu'il soit sain et transparent.

B. Il faut déterminer la longueur qu'il convient de donner à l'incision de la cornée, l'humeur vitrée pouvant s'échapper

au moment où l'on attire l'iris; il est même à remarquer que dans ce temps de l'opération il sort généralement un peu de cette humeur, ce qui n'a pas d'inconvénient. Mais si l'incision est trop étendue, la perte de l'humeur vitrée peut être plus considérable et compromettre l'issue de l'opération, outre que l'inflammation consécutive pourra être plus intense; si, au contraire, l'ouverture est trop étroite il sera difficile d'introduire le crochet et encore plus la pince; et, ces instrumens introduits, on aura de la peine à attirer l'iris, lequel se déchire et se rompt souvent sans que l'on puisse en exciser une portion suffisante. J'ai observé que pour éviter ces inconvéniens il est convenable d'étendre l'incision au quart de la circonférence totale de la cornée, bien que l'illustre professeur Scarpa conseille de donner à cette incision moitié moins de longueur qu'à celle que l'on pratique pour l'extraction de la cataracte.

Le plus souvent j'ai vu subsister une petite opacité sur le bord de l'incision, et j'ai même vu assez fréquemment cette opacité s'étendre dans l'espace d'une ligne et demie vers le centre de la cornée. Lorsqu'il ne reste qu'une petite portion de la cornée à l'état transparent, il faut tenir compte de cette circonstance fâcheuse pour ne pas faire souffrir inutilement le malade. Il serait plus convenable alors de pratiquer l'incision sur la partie opaque, la cicatrisation pouvant avoir lieu tout aussi bien. Mais la méthode de Beer doit être modifiée pour cette occurrence. Ainsi, je fais l'incision moitié sur la partie opaque, moitié sur le petit espace resté transparent. J'introduis ensuite le crochet et la petite pince obliquement; je cherche à attirer une portion du bord pupillaire de l'iris correspondant au point transparent de la cornée, et j'en pratique l'excision.

Je rappellerai à ce sujet l'observation d'un certain Bassi, natif d'un village de la Haute Calabre, qui avait eu, par suite d'une ophthalmie rebelle, les deux cornées blanches opaques et épaissies, à l'exception toutefois d'un petit espace de la cornée gauche resté encore un peu transparent. Je fis l'incision de la cornée suivant le procédé que je viens d'indiquer. J'introduisis ensuite le crochet obliquement de dedans en dehors et de haut en bas, et je saisis le bord pupillaire de l'iris, qui opposa assez de résistance à cause de son adhérence au centre de la cornée. Cependant je pus l'attirer et j'en fis l'excision. Je fermai les paupières avec du taffetas agglutinatif. Pendant les trois premiers jours le malade n'éprouva aucune incommodité; le quatrième il accusa une démangeaison douloureuse, et j'enlevai le taffetas. Je lavai les paupières avec un peu d'eau tiède, leurs bords étant agglutinés par une humeur muco-purulente abondante. L'œil ouvert, je vis à son angle interne une ouverture pupillaire oblongue du diamètre de deux lignes environ; la portion de la cornée qui se trouvait vis-à-vis d'elle était un peu injectée de sang. Le huitième jour cette injection avait notablement augmenté; je prescrivis des purgatifs répétés, des manuluves et des compresses imbibées d'oxicrat sur l'œil, ce qui fut fait jusqu'au treizième jour, époque à laquelle l'inflammation de la cornee avait assez diminué. Vers le seizième jour, la cicatrice de cette membrane était parfaite; il subsistait une opacité linéaire à l'union de la cornée avec la sclérotique. La portion transparente de la première était légèrement trouble, et le malade voyait les objets, mais ils lui semblaient couverts d'un voile. Le malade étant impatient de retourner à son pays, je le perdis de vue.

Néanmoins, si l'occasion se présentait à moi d'opérer un

individu dans la position du précédent, je me servirais de la méthode de Reisinger, dans laquelle l'incision est pratiquée avec une lancette, perpendiculairement sur la portion opaque de la cornée, vis-à-vis l'ouverture de la pupille naturelle, dans l'étendue de quatre lignes de haut en bas. L'incision pratiquée, un crochet simple ou double est introduit dans la chambre antérieure, et conduit horizontalement entre cette membrane et l'iris, la pointe tournée en bas. On retourne ensuite la pointe du crochet contre l'iris, pour détacher cette membrane du ligament précité; on en attire une bonne partie hors de l'incision kératique; et on la laisse là ou bien on en fait l'excision.

J'ai vu M. Jæger, chirurgien allemand, opérer d'après ce procédé à l'hôpital Sainte-Marie-Nouvelle de Florence, un enfant de 8 ans environ, affecté d'un leucôme à l'œil droit. L'opération fut très heureuse, l'inflammation consécutive de peu d'importance, et la vue se rétablit parfaitement au bout de seize jours, à la faveur d'une pupille spacieuse, de forme irrégulière. Mais ce procédé ne peut convenir lorsque l'iris est adhérent au centre de la cornée, l'adhérence ne permettant pas de faire pénétrer le crochet jusqu'au ligament ciliaire; il vaudra mieux alors employer le procédé d'après lequel j'ai opéré le nommé Bassi.

Excision de l'iris. — Il est inutile de s'occuper de la question de savoir si le crochet est préférable à la petite pince pour saisir l'iris, ou si c'est le contraire, l'un ou l'autre pouvant servir selon l'habitude qu'en a le chirurgien. Il m'est arrivé plusieurs fois d'attirer l'iris avec le crochet, puis si je n'en avais pas excisé une portion suffisante, parce qu'elle avait été déchirée par le crochet, d'introduire soit la pince

simple, soit la pince fenêtrée de Maunoir, pour en saisir une portion plus étendue.

Il convient de rechercher maintenant quelle est la partie de l'iris qu'il convient le mieux de saisir pour l'attirer hors de l'incision kératique, quelle direction doit être donnée à la division de cette membrane, et dans quelle étendue il importe de l'exciser.

A. Tout le monde sait que la face antérieure de l'iris est libre et recouverte d'une membrane très fine, appelée par Ribes, membrane de l'humeur aqueuse; mais à la face postérieure est situé en outre le corps ciliaire avec ses procès, lesquels vont du ligament ciliaire à la circonférence de la capsule cristalline, occupant ainsi le quart externe de la largeur de l'iris. Cela étant, il est facile de comprendre qu'il sera plus convenable de saisir avec le crochet ou la pince le bord pupillaire qui devra naturellement se prêter davantage aux tractions, n'ayant point d'adhérence normale; joint à cela, que si l'on voulait saisir la grande marge de l'iris, on embrasserait nécessairement le corps ciliaire, lequel étant formé d'une infinité de vaisseaux et cédant difficilement, donnerait lieu souvent à un épanchement sanguin (Emalope). En outre, la pupille pratiquée au voisinage de la grande marge de l'iris est désavantageuse, en ce que les rayons devant passer à travers l'épaisseur des procès ciliaires, la vue, si elle n'en est empêchée, doit en être troublée; aussi quoique l'on compte beaucoup de cas heureux dans lesquels l'opération avait été faite au voisinage du ligament ciliaire, il n'est pas prudent de suivre ce procédé, à moins que l'on n'y soit forcé par des adhérences de l'iris au centre de la cornée.

B. Quelques auteurs se sont fondés sur la structure de l'iris pour déterminer la direction suivant laquelle il convient

d'exciser l'iris. Le professeur Maunoir, s'appuyant sur la disposition des fibres musculaires dont il a cru que cette membrane était composée, veut qu'on la divise perpendiculairement à la direction circulaire de ces fibres. Véritablement, lorsqu'on réfléchit aux effets peu ou nullement avantageux de la pupille marginale, laquelle ne tarde pas à se rétrécir et à se réduire à un pertuis filiforme, il ne paraît pas que la direction parallèle au ligament ciliaire soit la plus convenable. Je puis dire avoir vu plusieurs fois, dans divers hôpitaux étrangers, pratiquer la pupille marginale, sans que les résultats aient répondu jamais à l'attente des opérateurs. Quelle que soit la structure de l'iris, il me semble plus convenable de l'exciser suivant son petit diamètre. Toutefois, il est à remarquer qu'après l'incision de la cornée, l'humeur aqueuse s'échappant, cette membrane s'applique immédiatement sur l'iris qui se relâche de telle sorte que quand on l'a attiré au dehors on ne peut savoir au juste dans quelle direction on l'excise. Quiconque a opéré sur le vivant reconnaîtra facilement la vérité de ce que j'avance; la seule règle que l'on puisse établir est de couper toujours transversalement.

C. L'iris étant très extensible, très mou, très contractile, on peut facilement croire en avoir excisé une portion considérable, tandis qu'il n'en a été enlevé qu'une portion médiocre. Il faut avoir grande attention à cette circonstance et se souvenir qu'il vaut mieux trop exciser que pas assez, l'ouverture se rétrécissant d'ordinaire. Quant à la règle d'après laquelle il faudrait que la pupille ne fût pas moindre d'une ligne carrée ni au-dessus de trois, elle est sans application possible pour les raisons indiquées plus haut.

J'opérai, en 1821, le nommé Batista Callosta, âgé de 17 ans, pour un vaste leucôme qu'il portait à l'œil gauche, vis-à-vis

de la pupille, avec abolition complète de la vision. Il avait également un leucôme sur l'œil droit, dont la cornée présentait, vers l'angle interne, un espace transparent qui laissait voir à-peu-près un huitième du champ pupillaire, par où le jeune homme distinguait à peine les objets. La vue étant très insuffisante de ce côté, il désira être opéré de l'œil gauche, où le leucôme laissait, seulement à la partie supérieure et interne de la cornée, un espace transparent suffisant à l'établissement d'une pupille artificielle. J'incisai cette partie restée transparente, et, l'excision de l'iris pratiquée, je crus en avoir retranché une grande partie, d'autant plus que les chambres de l'œil se remplirent de sang. Je fermai les paupières avec du taffetas gommé et je les rouvris le cinquième jour, selon ma coutume. Le malade ne s'était plaint d'aucune sensation douloureuse pendant tout ce temps; je remarquai que le sang épanché avait été résorbé; la pupille était quadrangulaire et beaucoup plus étroite que je ne l'avais pensé. Le dixième jour, la plaie de la cornée s'était presque cicatrisée; il s'était développé une légère conjonctivite. Le quatorzième jour, craignant que l'ouverture artificielle ne se rétréçit encore, je prescrivis des lotions avec une solution d'extrait de belladone; l'ouverture se maintint. Le vingtième jour, la phlogose conjonctivale s'était dissipée. Je laissai le malade avec une pupille oblongue de trois lignes de long sur une ligne et demie de large. Aujourd'hui il vaque à ses affaires jouissant de la vue de l'œil opéré, dans lequel la lumière est transmise par le côté interne de la cornée, comme cela a lieu pour l'œil de l'autre côté, où nous avons dit qu'il subsistait un petit espace transparent en dedans; d'où il suit que les axes visuels ont la même direction.

Phénomènes consécutifs. — Un des accidens de la pupille artificielle consiste dans l'opacité du cristallin ou de sa

capsule, ces parties ayant été intéressées pendant l'opération. L'opacité se manifestant ordinairement au bout de quelques jours, il faut attendre que la cornée, déjà incisée, se cicatrise et que l'inflammation se dissipe ; alors si l'opacité de la capsule ou de la lentille ne diminue pas, on recourt à l'opération de la cataracte, et je crois l'abaissement plus convenable dans ce cas. Je n'ai jamais vu survenir cet accident à la suite des diverses opérations de pupilles artificielles que j'ai pratiquées, et cela me paraît dépendre de ce que, soit en portant le crochet entre l'iris et la cornée, soit en le retournant pour saisir le bord libre de la pupille, j'ai toujours pris soin de ne pas diriger le crochet contre la capsule, m'attachant au contraire à le diriger en haut ou en bas. La pince doit être dirigée dans le même sens, et on y apportera d'autant plus d'attention qu'après l'incision de la cornée, l'humeur aqueuse s'échappe, d'où il résulte que l'iris reste contigu à la capsule, laquelle peut ainsi être intéressée très facilement.

Nous supposons que le même expédient serait applicable à l'opacité de la capsule ou du cristallin, existant avant l'opération. Il n'est pas possible de reconnaître une cataracte derrière un leucôme qui se trouverait vis-à-vis la pupille, et, après l'excision de l'iris, il doit encore être extrêmement difficile de juger de l'état de la lentille et de sa membrane, l'ouverture artificielle étant pleine de sang. Je n'ai jamais rencontré cette complication, mais j'ai mainte fois tenté d'examiner ces parties avant l'opération de la pupille artificielle, pratiquée pour un leucôme du centre de la cornée, et je n'ai jamais pu y parvenir, ce qui devait être, puisqu'il n'y a pas lieu de pratiquer cette opération lorsqu'on peut encore apercevoir la pupille naturelle. Mais, si par hasard cette complication était reconnue, on pourrait adopter la méthode de

Maunoir, modifiée par l'illustre Scarpa, ou encore, soit extraire, soit abaisser la cataracte, lorsqu'on la reconnaît après avoir excisé l'iris.

L'inflammation est souvent inséparable d'une opération quelconque. Elle ne se développe pas immédiatement à la suite des plaies de la cornée et de la sclérotique. Communément je l'ai vue se produire vers le quatrième jour, et souvent vers le huitième et le neuvième. Toutefois l'iritis est plus prompte à se manifester après la pupille artificielle; si l'opération n'a pas donné lieu à une perte de sang suffisante les vaisseaux s'engorgent, occasionnent une vive douleur et font rétrécir beaucoup l'ouverture nouvellement créée. Le traitement antiphlogistique est nécessaire dans ce cas; on ne doit pas épargner les saignées et les sangsues autour de l'orbite; on pourra faire usage aussi de substances narcotiques telles que la jusquiame et la belladone. Lorsque l'inflammation a été combattue ainsi, je suis dans l'habitude de prescrire simplement l'eau distillée de sureau.

L'amaurose et la mortification blanche de la cornée sont deux contradictions formelles à l'opération de la pupille artificielle. Il convient, pour n'être pas déçu, de s'assurer aussi exactement que possible de l'état de l'œil sous tous les rapports.

RECHERCHES

sur la coloration des os dans les animaux mis au régime de la garance (1);

par M. Brullé.

Conduit, par l'enseignement dont je suis chargé, à traiter du développement du tissu osseux, j'ai trouvé les physiolo-

(1) Voyez *Annales de Chirurgie*, t. III, pag. 257, t. IV, pag. 288, t. XII, pag. 170.

gistes divisés en deux camps. Les uns, avec Duhamel, regardent les os comme formés de couches qui se renouvellent rapidement; les autres nient ce renouvellement. Tous s'appuient sur les expériences faites avec la garance; mais, tandis que les premiers admettent le recouvrement successif et rapide des os par des couches nouvelles, qui sont rouges ou blanches, suivant le genre de nourriture que prend l'animal, les derniers expliquent les phénomènes par l'arrivée ou le départ de la matière colorante, au moyen des vaisseaux sanguins des lymphatiques, sans l'intervention du renouvellement de l'os. Dans cette alternative, ne voulant pas avoir désormais à professer, à la suite l'une de l'autre, deux opinions aussi directement opposées, j'ai cru devoir consulter la nature elle-même. J'ai trouvé dans M. Hugueny, professeur de physique au collége royal de Dijon, un collaborateur zélé et instruit. Voici les résultats auxquels nous sommes parvenus.

Duhamel, ayant remis au régime ordinaire des animaux dont les os étaient devenus rouges par le régime de la garance, ces os lui parurent se décolorer et redevenir blancs. Une observation plus approfondie le détrompa. Dans les os étudiés par Duhamel, la couche rouge n'avait pas disparu; seulement les couches rouges de l'os se trouvaient recouvertes par des couches blanches. Ainsi, les os de jeunes cochons lui offrirent alternativement des couches rouges et des couches blanches; fait capital et première base de sa théorie sur le développement des os (Flourens, *Recherches sur les os et les dents*, page 6).

Or, lorsqu'on regarde avec attention les couches alternativement rouges et blanches dans les os des animaux nourris de garance à différentes reprises, on reconnaît que les couches blanches ne le sont pas réellement. Voilà donc le fait

capital de la théorie de Duhamel, soumis nécessairement à une interprétation nouvelle. Il n'est donc pas certain que Duhamel se soit trompé d'abord en admettant une décoloration dans les os. D'autres auteurs, après lui, ont partagé cette même opinion; tels sont Dethleef, Gibson, M. Owen, M. Thomas Bell, etc.

Nous aussi, nous avons remis au régime ordinaire des animaux dont les os avaient été rougis par la garance, et nous avons vu ces os se décolorer et redevenir blancs; mais nous les avons vus se décolorer dans certaines parties, et rester rouges dans d'autres. Nous les avons vus se décolorer d'autant plus, que le régime de la nourriture ordinaire avait été prolongé plus long-temps, et que le régime de la garance avait été plus court. Nous ne pouvons donc pas admettre que, dans les os colorés par la garance, la couleur rouge ne disparaisse qu'avec la substance osseuse elle-même, ni que les couches rouges de l'os soient uniquement recouvertes par des couches blanches nouvelles.

Duhamel examine les os d'un porc âgé de six semaines, qu'il avait nourri d'alimens mêlés de garance, et cela pendant un mois. Au bout de ce temps, l'animal fut nourri pendant six semaines à la manière ordinaire.

« Je sciai transversalement, dit-il, les os de ses cuisses et « de ses jambes, et j'eus le plaisir de m'assurer *que j'avais « bien prévu ce qui devait arriver*. La moelle était envi- « ronnée par une couche d'*os blanc* assez épaisse; c'était la « portion d'os qui s'était formée pendant les six semaines « que ce cochon avait vécu d'abord sans garance. »

Or, Duhamel n'avait pas prévu ce qui devait arriver. Nous avons répété son expérience sur un cochon de six semaines environ, qui fut nourri d'alimens garancés pendant vingt

jours, et remis à la nourriture ordinaire pendant vingt-huit jours; au bout de ce temps, la section transversale des os longs montrait, autour de la moelle, une couche *rose* assez épaisse. Cette couche rose n'était donc pas nécessairement la seule portion d'os qui fût formée au moment où nous avons soumis l'animal à un régime d'alimens garancés.

Duhamel continue : « Ce cercle d'os blanc était environné « par une zone aussi épaisse d'os rouge : c'était la portion d'os « qui s'était formée pendant l'usage de la garance. »

Ici encore nous sommes d'un autre avis que Duhamel. Dans notre animal, on voit très bien, au milieu de l'épaisseur des os longs, et autour de la couche rose, une zone circulaire d'un beau rouge. C'est l'intensité de la couleur de cette zone rouge qui fait paraître blanche la couche précédente. Mais si l'on examine avec un peu de soin la zone rouge, on voit qu'elle n'est pas régulière. Assez nettement limitée au dehors, elle présente en dedans une dégradation plus prononcée dans certaines portions. Cette dégradation établit un passage insensible à la couche rose, et sur cette couche rose se remarque le même phénomène que sur la couche rouge, c'est-à-dire que l'on y découvre des stries ou raies concentriques, lesquelles sont seules colorées. Donc, rien ne prouve que le cercle rouge soit la portion d'os qui s'était formée pendant l'usage de la garance.

« Enfin, continue Duhamel, cette couche rouge était re- « couverte par une couche assez épaisse d'os blanc ; c'était la « couche d'os qui s'était formée depuis qu'on avait retranché « la garance à cet animal. »

Remarquons ici que la couche extérieure et blanche, dont parle Duhamel, paraît plus nettement séparée de la couche rouge et médiane que la prétendue couche blanche inté-

rieure. Cependant elle est encore sensiblement rose dans certaines parties. Il n'y a donc pas de raison pour qu'elle soit entièrement de formation nouvelle, c'est-à-dire postérieure à l'alimentation par la garance. On y reconnaît, en effet, des portions de stries également rouges et concentriques à la couche rouge proprement dite. Il pourrait donc y avoir là tout à-la-fois des portions osseuses de formation nouvelle, car l'os s'accroît en épaisseur par des couches très minces, et d'autres portions de formation plus ancienne, c'est-à-dire produites pendant que l'animal vivait de garance, ou même auparavant.

Mais il est essentiel de noter ici que ces alternances dans la coloration des os longs n'ont lieu que dans une portion de leur longueur; vers les extrémités de la diaphyse, la coloration est rouge et uniforme. Il en est de même dans les épiphyses, et ce phénomène a lieu précisément dans les portions les plus tendres, dans les parties spongieuses de l'os. Aussi le retrouve-t-on dans toute l'épaisseur des os courts, où l'alternance est tout-à-fait insensible, tandis que, dans les os plats, tels que la mâchoire inférieure et l'omoplate, dans tous les os où le tissu est compacte, on retrouve l'alternance telle que nous l'avons décrite, et non pas telle que l'avait vue Duhamel.

On ne peut donc pas admettre avec lui que les os des animaux garancés se couvrent de couches blanches. Cette proposition nous semble fausse, lorsqu'elle est énoncée d'une manière aussi générale. Mais on peut dire que le tissu compacte des os se recouvre peu-à-peu de couches blanches fort minces, *tout en se décolorant*, tandis que le tissu spongieux reste rouge plus long-temps. Que le tissu des os se décolore, c'est une conséquence rigoureuse des apparences que nous

avons signalées; et que le tissu spongieux et en général le tissu moins dense de l'extrémité des os longs ne reste rouge, comme le prétend Duhamel, que parce que les couches qui le recouvrent pendant la vie ne sont pas encore ossifiées, c'est ce que l'examen des faits ne nous paraît pas justifier.

Quoi qu'il en soit, c'est sans doute pour avoir donné moins de durée à nos expériences avec la garance, que nous avons pu observer la décoloration d'une manière certaine. Dans les pigeons surtout, nous avons obtenu des résultats fort remarquables, en leur donnant des doses de garance assez légères, et en prolongeant fort peu le mode d'alimentation colorante. Dans tous les cas, on remarque deux faits bien distincts dans l'alternance des os colorés : le premier, c'est la décoloration des couches, de chaque côté d'une zone tout-à-fait rouge; le second consiste dans l'addition de parties nouvelles à l'extérieur, et nécessairement aussi dans la résorption d'autres parties à l'intérieur. De ces deux faits, le premier, soupçonné en partie par Duhamel, fut abandonné par lui et par ses successeurs; le second n'est pas à contester.

La théorie de Duhamel ne nous semble fondée que sur une simple hypothèse. Duhamel nourrit un animal de garance; il trouve que ses os sont devenus rouges. Plus tard, Duhamel nourrit cet animal d'alimens dépourvus de garance; il remarque que ses os sont blancs; nous répétons qu'ils ne le sont qu'en partie, et que, sous ce rapport, son assertion nous paraît fautive. Mais passons. Duhamel remarque que les os sont blancs. Il pense d'abord que les os se sont décolorés; jusque-là il peut être dans le vrai, sauf la formation des couches tout-à-fait récentes et qu'il ne soupçonne pas encore. Duhamel s'avise alors de scier en travers l'os de cet animal;

il voit des alternances de couleur bien tranchées ; c'est le fait apparent, mais non le fait réel. Ici vient l'hypothèse ; elle vient d'un examen trop superficiel.

Puisque l'os me présente trois couches différentes, se dit-il, une couche rouge entre deux couches blanches, et puisque l'animal a subi trois modes alternatifs d'alimentation, il y a donc un rapport entre la nourriture et l'état de l'os. Donc la couche blanche interne répond à la première alimentation ; la couche rouge à l'alimentation garancée ; enfin la couche blanche externe à la nouvelle alimentation sans garance.

Je borne ici ces premiers résultats de nos expériences, que nous publierons bientôt avec les figures à l'appui, et je passe sous silence les observations que nous avons faites au sujet du cal et de l'accroissement des os en longueur ; j'omets aussi, pour le moment, les faits nombreux concernant la décoloration des os des oiseaux, pour arriver aux conclusions.

Ces conclusions sont : que les os s'accroissent en grosseur, comme l'a dit Duhamel, au moyen de couches qui s'emboîtent, mais ces couches sont extrêmement minces et ne s'appliquent pas en même temps, ni d'une manière continue, sur toute la longueur de l'os ; elles suivent, dans leur formation, un ordre que l'on n'a pas encore reconnu. Ce que nos recherches démontrent surtout avec évidence, c'est que les os se colorent par l'action de la garance, indépendamment de leur formation ; c'est que les différens cercles colorés que l'on y remarque ne sont pas réellement les parties formées pendant les modes d'alimentation correspondans ; c'est, enfin, que les os, une fois colorés, se décolorent, et ce fait de décoloration, soupçonné d'abord, puis abandonné par Duhamel, renverse complétement la théorie du renouvellement

rapide des os, qui avait prévalu depuis les travaux de ce célèbre académicien.

RHINOPLASTIE;

Par le docteur C. Sédillot, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Strasbourg, etc.

Les premières opérations entreprises, il y a quelques années, dans le but de reformer des organes altérés ou détruits, tels que le nez, les joues et les paupières, rencontrèrent une incrédulité presque générale.

On avait oublié les préceptes de Celse, la statue bolonaise de Tagliacozi, la réputation des Toocomans, et il fallut à ceux qui représentèrent des faits de restauration faciale, le courage et la conviction de véritables inventeurs.

La réaction fut brillante : Delpech, Dupuytren, MM. Dieffenbach, Roux, Velpeau, Blandin, Lisfranc, et beaucoup d'autres chirurgiens habiles, firent connaître de remarquables succès. D'où est donc venue l'espèce de discrédit et de silence où semblent tombées aujourd'hui les opérations anaplastiques? Les résultats définitifs ont-ils démenti des espérances trop hâtives, et l'exagération des promesses a-t-elle amené le mépris d'avantages réels et importans?

Nous retrouvons, dans les opérations qui nous occupent, la marche habituelle de la plupart de nos découvertes. Incrédulité, enthousiasme et abandon, sont les trois premières phases apparentes de tout progrès; mais une quatrième période s'accomplit avec plus ou moins de lenteur; c'est celle où dégagés d'illusions, et étrangers au désir d'amplifier ou d'amoindrir les faits, nous restons dans les limites de l'expé-

rience. Ce moment paraît arrivé pour l'anaplastie, et l'observation suivante est de celles qui peuvent contribuer à fixer la valeur de cette précieuse branche de notre art.

Marie-Madeleine Sieffer, née à Neuve-Eglise, en 1816, canton de Villée, département du Haut-Rhin, fut atteinte, à l'âge de dix ans, d'ulcérations scrofuleuses du genre lupus, qui attaquèrent la joue, la lèvre supérieure, l'aile gauche du nez, et persistèrent pendant quatre années, malgré l'emploi de nombreux remèdes. A cette époque, l'application d'un caustique guérit, il est vrai, la malade, mais en déterminant la perte des tissus lésés. L'aile gauche, l'extrémité, et une petite portion du côté droit du nez, le bout antérieur de la cloison, les points correspondans de la joue et de la lèvre supérieure, furent atteints et détruits, et il en résulta une grave difformité, qui rendit cette jeune fille un objet de moqueries et de dégoût.

Pendant treize ans, la malade fut constamment préoccupée du désir de se soumettre à une opération pour recouvrer la régularité de ses traits, et elle consulta, dans ce but, un grand nombre d'hommes de l'art : les uns cherchèrent à la dissuader complétement d'un pareil projet, en lui en dépeignant les douleurs et les dangers : Elle pouvait augmenter sa difformité, compromettre ses jours, sans probabilité de succès. Un des médecins les plus distingués de Strasbourg assurait avoir vu M. Dieffenbach échouer dans de semblables tentatives, et les malades payer de leur vie leur témérité. D'autres craignaient la réapparition de l'affection primitive; et au milieu de ces avis se glissaient mille contes absurdes, auxquels le public n'accorde, en général, que trop de croyance.

On sait, avec quelle confiance, les malades s'attachent aux

moindres lueurs d'espoir, et combien l'homme souffrant est disposé à risquer son existence contre les moindres chances de guérison. Telle était la pensée de Marie Sieffer, quand elle vint me consulter, et elle s'abandonna facilement à mes soins dès que je lui eus promis d'entreprendre sa cure, et que je lui eus laissé entrevoir l'espérance de sa guérison. Quelle méthode et quel procédé devais-je adopter? Rapprocher les bords de la perte de substance, selon la méthode française, était impossible. Prendre un lambeau tégumentaire à la main ou à l'avant-bras, l'emprunter à un individu étranger était tout aussi impraticable. Le moyen le plus sûr était de recourir à la méthode indienne, et de séparer des parties voisines une portion de peau, propre à reconstituer l'organe, et à faire disparaître la difformité. Mais de quel point fallait-il détacher ce lambeau? le côté opposé du nez, la lèvre supérieure, et la joue, pouvaient être également mis à contribution; et ce ne fut pas sans de mûres réflexions que nous nous décidâmes à le tailler transversalement dans l'épaisseur de la joue. Nous pouvions obtenir ainsi un lambeau d'une grande longueur; et en continuant la plaie supérieurement avec l'avivement des bords de la perte de substance, nous reformions, par la demi-torsion du pédicule, la saillie de l'aile du nez, à son point de jonction avec la lèvre et la joue, et la cicatrice latérale devait représenter la dépression naturelle qui se rencontre entre l'aile du nez, proprement dite, et le reste de l'organe. Cette opération fut exécutée le 6 juillet 1843, en présence de plusieurs de mes collègues et confrères, et fut assez promptement terminée. Une première incision de la joue, continuée supérieurement avec l'avivement nasal, fut prolongée transversalement en arrière, jusqu'au milieu du masséter. Une seconde incision, contour

nant l'extrémité postérieure du lambeau, fut étendue au-dessous de la première jusqu'au point normal, où devait surgir le bord inférieur de l'aile du nez, et nous eûmes le soin de donner au pédicule, taillé dans le tissu inodulaire de l'ancienne ulcération, une certaine épaisseur, pour prévenir tout danger de mortification. Le lambeau formé, étroit à son extrémité postérieure, plus large à sa partie moyenne, représentait un ovale allongé, doublé d'une légère couche de tissu cellulaire, et après l'avoir laissé saigner quelques minutes nous le joignîmes, par son bord inférieur, au contour supérieur de la perte de substance, précédemment avivé, et la réunion fut maintenue au moyen de la suture entortillée, qui servit également à fermer la plaie de la joue. Nous eussions pu essayer de reployer la peau sur elle-même, à l'intérieur de la narine, comme on en a donné le précepte; mais cette conduite, parfaitement rationnelle dans le cas où l'on veut éviter l'adhérence de deux surfaces traumatiques, n'était pas indiquée chez notre malade; la face interne et saignante du lambeau se trouvant mise en rapport avec une membrane muqueuse, et ne pouvant y adhérer.

Le seul accident consécutif dont nous eûmes à nous occuper fut la mortification de la languette de peau étendue au côté droit du nez. La gangrène envahit 4 à 5 millimètres de ce point du lambeau, et, après la chute de l'eschare nous dûmes procéder à un nouvel avivement; la réunion fut pratiquée au moyen de deux points de suture entortillée. Au quinzième jour de l'opération, les plaies étaient cicatrisées, et l'on pouvait juger des premiers résultats obtenus. La forme régulière du nez était rétablie, mais la partie reformée de toute pièce, était trop épaisse, et offrait un excès de hauteur. La commissure gauche des lèvres était

légèrement déviée par la cicatrice de la joue, et il restait un peu de raideur dans les mouvemens de la face.

Nous voulûmes laisser aux tissus le temps de se conformer à leur nouvelle position, et nous engageâmes la malade, qui était venu se faire opérer à Strasbourg, à retourner dans sa famille, en attendant le moment de procéder à une opération de perfectionnement, qui avait été annoncée d'avance comme indispensable, et à laquelle Marie Sieffer était parfaitement résolue (1).

Je revis la malade au mois de décembre; les cicatrices, complétement linéaires, avaient blanchi; la bouche était plus droite, l'aile du nez, encore un peu trop volumineuse, était doublée intérieurement d'une surface muqueuse; une très légère échancrure s'observait à l'extrémité de l'organe, échancrure due à la mortification de la pointe du lambeau. J'enlevai les portions excédantes de l'aile du nez, en les incisant en bas et en dedans avec des ciseaux et le bistouri, et ayant avivé en V la petite échancrure antérieure, je la réunis par un point de suture au-dessous de l'extrémité du cartilage de la cloison. La pointe du nez redevint ainsi très régulière, et la perte d'une partie de la cloison sous-nasale fut presque entièrement dissimulée. Néanmoins, comme l'aile du nez, du côté droit, présentait une saillie de quelques millimètres sur son bord inférieur, résultant de la présence du fibro-cartilage normal, j'enlevai d'un coup de ciseau cette saillie disparate, et le nez se trouva très exactement reconstitué. La

(1) Cette intéressante observation et une analogue de M. Roux seront mes meilleurs argumens, quand j'aurai à faire valoir le principe des opérations *en deux temps*, applicables à la réformation des organes. Voyez les Prolégomènes de ma *Pathologie externe*, tom. 1. — Art. *Opérations en deux temps*.

malade fut présentée à la Société de médecine de Strasbourg, et les moules en plâtre qui ont été pris avant et après l'opération ont été mis sous les yeux de l'Académie des sciences.

La malade, vue de profil, paraît avoir été simplement atteinte d'une plaie par instrument tranchant, intéressant une partie du nez et de la joue, et aucune personne étrangère aux ressources de notre art n'imaginerait jamais qu'une portion du nez a été reproduite en totalité. Vue de face, les traits sont également réguliers, mais une inspection attentive montre, au moment où la malade renverse la tête en arrière, que la cloison sous-nasale est incomplète, différence peu appréciable au reste, et très difficile à reconnaître. La plupart de mes collègues et de mes confrères de Strasbourg ont eu l'occasion d'examiner la malade, et tous ont regardé la guérison comme aussi satisfaisante qu'il était possible de l'espérer. Je terminerai par quelques propositions générales cette observation, que j'ai beaucoup abrégée pour ne pas insister sur des détails secondaires.

1° On ne saurait attendre aucun résultat avantageux des opérations de rhinoplastie, dans le cas où les os du nez, le cartilage de la cloison, et les tégumens ont été détruits en totalité.

2° La persistance des os du nez, et celle de la cloison, donnant un point d'appui suffisant au lambeau frontal destiné à reconstituer l'organe, permettent d'obtenir de remarquables succès.

3° Les conditions opératoires les plus heureuses sont celles où les parties latérales de l'organe ont été partiellement détruites dans une plus ou moins grande étendue.

4° La méthode indienne, dans laquelle on emprunte un lambeau à la joue, est la plus avantageuse, quand l'aile du

nez manque entièrement, et l'on parvient, par le procédé dont j'ai exposé les détails, à reproduire, et la saillie d'origine de l'aile du nez, et la dépression latérale que l'on y observe. La vitalité et la solidité du lambeau sont assurés, et la difformité se trouve parfaitement corrigée.

5° Les tégumens empruntés à la joue doivent présenter des dimensions supérieures à la perte de substance, dans la prévision d'accidens de mortification. On prévient cette complication, en se bornant à une demi-torsion du pédicule du lambeau, dont un des côtés doit se continuer sans interruption avec l'avivement du bord supérieur de la perte de substance.

Les cicatrices sont ainsi moins apparentes, et le pédicule tégumentaire est moins saillant.

6° L'application de la suture entortillée nous paraît indispensable, et de simples moyens agglutinatifs seraient tout-à-fait insuffisans. Si la réunion primitive échoue, la réunion immédiate secondaire devient une ressource précieuse, et réussit beaucoup mieux qu'on ne le suppose généralement.

7° Il n'est jamais nécessaire de reployer la peau sur elle-même pour empêcher des adhérences vicieuses, lorsqu'une des surfaces en contact est recouverte d'une membrane muqueuse. La surface opposée du lambeau s'organise en se cicatrisant, et finit par présenter les caractères des tissus normaux dont elle occupe la place.

8° L'atrophie des lambeaux anaplastiques est moins fréquente que l'hypertrophie, et il ne faut pas, de prime abord, tailler le lambeau tégumentaire trop volumineux.

9° Dans aucun cas, on ne saurait promettre aux malades de les guérir entièrement par une seule opération. On doit se réserver une période de perfectionnement ; et les résultats dé-

finitifs ne sont appréciables que dans un temps assez éloigné.

On comprendra dès-lors, pourquoi nous avons attendu plus d'une année avant de publier la description d'une opération dont le succès est aujourd'hui acquis et complet.

DE L'OPHTHALMIE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS.

Par Félix D'Arcet, docteur-médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris. (1)

L'ophthalmie des nouveau-nés se présente à l'observation avec tous les caractères de la purulence, auxquels viennent le plus ordinairement se joindre des signes de phlegmasie des membranes muqueuses communes aux organes des sens, et à celles de la respiration et de la digestion. Rien, en effet, n'est plus fréquent que de voir l'ophthalmie précédée et accompagnée de coryza, d'angine, de bronchite, et de trouble dans les fonctions digestives.

Cette ophthalmie se développe, en général, dans la première semaine qui suit la naissance, quelquefois après un mois et même davantage.

Sur 453 malades observés par M. Dequevauviller, et rapportés dans son remarquable travail sur le sujet qui nous occupe, l'âge moyen des enfans fut de six jours et demi (2). Le sexe ne paraît exercer aucune influence.

M. Dequevauviller définit l'ophthalmie des nouveau-nés une conjonctivite avec écoulement puriforme; tandis que M. Velpeau (3) l'appelle du nom de *blépharite*, probable-

(1) Le lecteur voudra bien se rappeler ici ce qui a été écrit dans un précédent cahier, par M. Dumoulin, mon interne. A. V.

(2) *Arch. gén. de méd.*, avril et mai 1843.

(3) *Manuel des maladies des yeux*, p. 34.

ment parce qu'il lui reconnaît la muqueuse palpébrale pour point de départ. Nous noterons ce fait, qui, plus tard, sera mis à profit pour le diagnostic différentiel : mais, dans l'ophthalmie des nouveau-nés, que la maladie commence par la paupière ou non, comme bientôt elle envahit la conjonctive entière, nous regarderons la définition de M. Dequevauviller comme plus exacte et plus anatomique ; c'est encore pour la même raison que je rejette la distinction qu'a faite Schmidt, et les noms de *blépharo-blennorrhée* et *ophthalmo-blennorrhée* qu'il a donnés à cette maladie.

Les phlegmasies de la cornée de l'iris, du cristallin, sont des accidens fréquens, mais non liés d'une manière étroite et caractéristique à cette affection. C'est en nous occupant des suites ou du pronostic, que nous verrons en son lieu combien peuvent être graves toutes ces complications, qui ne sont du reste que trop fréquentes.

Causes. — On admet généralement, et Dupuytren avait à-peu-près exclusivement adopté cette opinion, professée aussi par M. Ricord et la généralité des observateurs, que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés est due à l'inoculation de la matière blennorrhagique ou leucorrhéique pendant le passage de la tête à travers le vagin. Cette opinion, qui jouit d'une assez grande faveur, a cependant été attaquée par M. Velpeau, à l'aide d'un argument plus spécieux que réel peut-être, mais qui n'en a pas moins une assez grande valeur : c'est que l'enfant vient au monde les yeux fermés et les paupières en quelque sorte repliées sur elles-mêmes.

On peut répondre à cela que le sillon interpalpébral, l'espèce de sinus linéaire enfin qu'il forme, peut, au contraire, servir de réceptacle à ce liquide contagieux, et le transmettre immédiatement, et dans les circonstances les plus

favorables à l'inoculation, au moment où cessera l'occlusion des voiles palpébraux. Aussi Mackensie, qui semble redouter quelque chose de semblable, blâme-t-il fortement la négligence qu'on met, en général, à laver les yeux des enfans aussitôt qu'ils sont nés.

On a supposé et admis encore, comme cause d'ophthalmie chez les nouveau-nés, l'exposition de la face et du corps à la lumière, au feu, au froid : tout cela, il faut en convenir, peut bien amener une phlegmasie aiguë de la conjonctive, mais le caractère purulent et contagieux qui distingue la maladie qui nous occupe doit tenir à une autre origine.

M. Carron du Villards admet comme cause de la maladie la transition subite de température à laquelle est soumis le nouveau-né, en passant tout-à-coup de 38 degrés, chaleur de la mère, à un air souvent froid.

Mackensie suppose que cette ophthalmie est souvent traumatique et qu'elle est produite par l'usage du savon et de l'eau-de-vie avec lesquels l'enfant est lavé (1); et enfin, comme il n'y a vraiment pas d'absurdité qu'on ne puisse retrouver dans l'histoire des sciences, on a été jusqu'à penser que l'eau froide du baptême était la cause de l'ophthalmie qui nous occupe! Mais dans l'Inde, en Turquie, en Egypte, à Alger, elle frappe les enfans musulmans, qu'on ne baptise pas, tout aussi bien que les enfans chrétiens, qu'on baptise.

Comme on le pense bien, ce n'est pas moi qui aurai la puissance de trancher cette question d'étiologie ; je dirai seulement que de la sage observation des faits, il semble résulter que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés doit être rattachée à plusieurs causes isolées ou réunies et com-

(1) Ireland cite un cas analogue; il l'a vu survenir à la suite d'une goutte d'alcool tombée dans l'œil d'un enfant.

binées entre elles; en un mot, si l'inoculation paraît positive, n'est-elle pas dominée par un caractère endémique ou épidémique, né de certaines conditions hygiéniques ou atmosphériques mauvaises ou inconnues? Ce qui paraît prouver cette double origine, c'est que, s'il est vrai, en effet, que l'ophthalmie qui nous occupe soit toujours le plus souvent permanente et sporadique, on ne peut se refuser à admettre qu'elle ne sévisse à certains intervalles de temps sur les nouveau-nés, revêtant le caractère épidémique le plus évident. Les épidémies qui régnèrent en 1816, 1833, 1835, et celle enfin de 1841, dont M. Dequevauviller s'est fait l'historien, sont là pour le prouver.

Si je me suis étendu aussi longuement sur ce sujet d'étiologie, c'est que, dans ces affections, la recherche des causes se lie d'une manière étroite à l'histoire *pratique*, pour ainsi dire, de la maladie, et aux questions les plus importantes de thérapeutique et de prophylaxie.

Quant aux propriétés contagieuses de cette ophthalmie, elles sont mises hors de doute par tous les faits qui ont été observés. Mackensie cite l'observation d'un enfant qui avait communiqué la maladie à son grand-père, et M. Demarquay a fait connaître un exemple des plus remarquables de contagion, tiré de la clinique de M. le professeur Blandin, où on voit l'ophthalmie communiquée par un enfant à sa mère, et propagée de la mère à un autre enfant; sans parler des cas rapportés par Mac Gregor (1), Mackensie, M. Carron du Villards, etc. (2).

(1) Mac Grégor, *Transactions of royal Society*, t. III, p. 15.

(2) Ajoutez le fait qui a été publié par M. Dumoulin, sur la communication de l'enfant au père nourricier. A. V.

Ophthalmie purulente; contagion de l'enfant à la mère, et de celle-ci à son autre enfant.

(Hôtel-Dieu, service de M. Blandin.)

Le sujet de cette observation est une femme de trente-six ans, d'une petite taille, d'une assez forte constitution; mariée depuis quatre ans, elle a déjà cinq enfans, dont trois sont morts peu de temps après leur naissance. A l'âge de vingt-sept ans, elle a eu mal aux yeux pendant six mois; la malade, peu intelligente, ne peut donner aucun détail sur sa maladie. Depuis cette époque, sa vue paraît être affaiblie. Vers la fin d'octobre, Pauline Beaubras touchait au terme de sa grossesse, et se décida à aller faire ses couches à la Maternité, vu l'état de misère assez grande où elle se trouva. Ne pouvant garder près d'elle son petit garçon, âgé de trente mois, parfaitement bien portant, au dire de la malade, elle le plaça à l'Enfant-Jésus, où il resta jusqu'au 20 novembre, époque à laquelle sa mère sortit de la Maternité très bien rétablie de ses couches, et emportant avec elle son dernier né. Pendant son séjour à l'Enfant-Jésus, l'aîné contracta une ophthalmie purulente assez intense. De retour chez sa mère, l'enfant n'éprouva aucun soulagement; une matière verdâtre s'écoulait sans cesse de ses yeux, dont les paupières étaient énormément tuméfiées. A cette maladie première vinrent se joindre une toux excessivement fatigante et une diarrhée qui affaiblit l'enfant à un tel point qu'il ne pouvait plus se tenir sur ses jambes.

L'enfant fut reconduit de nouveau, 30 décembre, à l'Enfant-Jésus, d'où il était sorti, quarante jours avant, un peu moins malade qu'il ne l'était alors.

Pendant que Pauline Beaubras donnait ses soins à son enfant, elle fut prise elle-même de maux d'yeux. D'abord elle souffrit de l'œil droit qui devint rouge; ses paupières se gonflèrent à un tel point que la malade ne pouvait plus se servir de son œil, qui d'ailleurs devint en même temps extrêmement sensible à la lumière. Bientôt l'œil gauche se prit à son tour; la malade éprouvait de vives douleurs, et un mucus puriforme s'écoulait de ses yeux et lui enflammait les joues. Elle se borna à faire des lotions émollientes, et, vers le 20 janvier, elle souffrait moins, et ses paupières étaient moins gonflées. Alors son mari fit sortir son enfant de l'hôpital, ayant les yeux plus malades qu'à son entrée. Pauline Beaubras s'exposa au froid, dans un endroit humide, et ses yeux devinrent bien plus malades qu'ils ne l'étaient. La malade éprouva des frissons et de la fièvre; elle perdit l'appétit; elle ressentit les maux de tête les plus violens, et ses paupières devinrent extrêmement volumineuses; une ophthalmie des plus intenses se déclara; une matière verdâtre s'écoulait incessamment de ses yeux. Le plus jeune de ses enfans, dont elle était accouchée deux mois auparavant, tomba malade à son tour : ses yeux devinrent rouges et larmoyans; ses paupières se tuméfièrent, et peu de jours après il était impossible de lui voir les yeux. A son entrée à l'hôpital, ses joues étaient rouges et excoriées comme celles de sa mère.

Tel était l'état dans lequel se trouvait Pauline Beaubras lorsqu'elle fut placée avec son enfant dans le service de M. Blandin, salle Saint-Jean, n° 30. Ce fut en vain que cet habile chirurgien essaya de voir l'état dans lequel se trouvaient les yeux de ces deux malades. Le gonflement des paupières était tel, et l'écoulement si abondant, que ses ef-

forts furent inutiles. L'aspect des yeux de ces deux malades, et l'ancienneté de la maladie pour la mère, qui souffrait depuis un mois, tout pouvait faire craindre une altération profonde ; tout devait porter le chirurgien à agir énergiquement : c'est ce qui a eu lieu en effet. Un séton est placé derrière le cou de la mère, et un vésicatoire sur celui de l'enfant. Les yeux des malades sont cautérisés avec le crayon de nitrate d'argent, porté sur la conjonctive oculaire et palpébrale ; un collyre au nitrate d'argent est prescrit (30 grammes d'eau pour 1 de nitrate d'argent); deux lavemens purgatifs sont ordonnés, et la malade a pour tisane deux pots de bouillon aux herbes, avec 60 grammes de sulfate de magnésie. La diète absolue fut recommandée. Le collyre était commun à la mère et à l'enfant, qui prit du sirop de chicorée. Comme on le voit, aucune saignée n'a été pratiquée ; la malade n'était pas d'un tempérament sanguin, et son pouls ne battait que 60 à 64 fois par minute.

Le 30 janvier, les paupières sont énormément tuméfiées, et chevauchent tellement l'une sur l'autre qu'il est impossible d'apercevoir l'œil en les soulevant. La même matière, citée ci-dessus, s'écoule des yeux des malades. La mère se plaint d'un violent mal de tête ; insomnie, peu d'appétit, un peu de soif, point de fièvre. La cautérisation et le collyre la font beaucoup souffrir. La cautérisation, répétée deux fois par jour, et le collyre au nitrate d'argent, sont prescrits comme la veille ; pansement du vésicatoire et du séton ; une bouteille d'eau de Sedlitz pour la mère, avec du bouillon aux herbes et du sirop de chicorée pour l'enfant.

Le 1er février, les malades se trouvent dans le même état. La mère accuse des douleurs d'estomac et des faiblesses ; ses seins sont flasques et ne fournissent plus à la nourriture de

son enfant. M. Blandin lui donne trois soupes et du lait. Même prescription.

Les jours suivans, nos deux malades se trouvent un peu mieux; ils commencèrent à reposer la nuit, et les paupières diminuèrent de volume. Le même traitement fut continué. Toutefois, ce ne fut que le 6 février, huit jours après l'entrée des malades, qu'il fut facile d'apercevoir les cornées et les conjonctives des yeux de la mère. Quant aux yeux de l'enfant, les efforts furent vains : aussitôt que le chirurgien essayait de lever la paupière supérieure, le muscle releveur de celle-ci se contractait énergiquement, et l'œil venait se cacher sous l'orbite.

Le 6 février, dis-je, les yeux purent être examinés et voici ce que l'examen le plus attentif des yeux de la mère nous fit connaître.

Les paupières sont moins tuméfiées et ne chevauchent plus l'une sur l'autre comme autrefois. Les conjonctives oculaires et palpébrales sont couvertes de bourgeons cellulo-vasculaires; la matière qui s'écoule est moins abondante et moins verte; la cornée droite présente une ulcération en haut, au-dessus du champ de la pupille; à gauche, l'iris est contracté et fait hernie au travers de la cornée, assez largement ulcérée à sa partie interne. La malade ne se plaint plus de douleurs de tête aussi violentes; elle ne souffre que quand on la cautérise ou qu'on lui met son collyre. Point de fièvre, peu de soif, et la mère réclame des alimens. Même traitement; tisane pectorale, des potages et du lait; un purgatif.

Nous croyons pouvoir nous dispenser de reproduire jour par jour les détails de cette observation. Nous dirons qu'à partir de cette époque, le mieux va croissant; la photophobie

se calme, et la malade, à l'abri de ses rideaux, peut distinguer les objets qu'on lui présente. Bientôt la personne qui avait été chargée du soin de l'enfant apprit qu'il entr'ouvrait les yeux, et que l'altération qu'ils avaient éprouvée était peu grave. Le collyre et la cautérisation furent mis en usage pendant tout le mois de février; les purgatifs furent répétés à des époques plus ou moins rapprochées, si bien que, dès les premiers jours de mars, nos deux malades étaient dans l'état le plus satisfaisant, ne présentaient plus aucune inquiétude. La mère et l'enfant sont sortis le 12 de ce mois parfaitement guéris. L'œil gauche de la mère présente un leucoma situé à la partie interne et supérieure de la cornée gauche. La vue de ce côté est un peu troublée; l'œil droit est tout-à-fait intact. Les yeux de l'enfant sont parfaitement conservés: il existe seulement un léger nuage sur un des deux yeux.

Ajoutons à cela deux observations où l'inoculation fut directe dans la première et probablement directe dans la seconde, et nous aurons tous les élémens qu'il nous faut pour établir que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés est essentiellement contagieuse.

Observation de Mac Gregor.

Le 21 octobre 1809, vers quatre heures de l'après-midi, la nourrice Flamilly, injectant une lotion dans l'œil d'un enfant atteint d'ophthalmie purulente, fit jaillir de la seringue dans son œil droit quelques gouttes de cette lotion *qui avait déjà servi à nettoyer les yeux malades*. Elle ne sentit point de douleur dans le moment, mais, vers neuf heures du soir, l'œil droit devint rouge et un peu douloureux; lorsqu'elle s'éveilla le lendemain matin, les paupières étaient tu-

méfiées : il y avait un écoulement purulent, de la douleur, etc. (1).

Observation de M. Ecclenburg.

Une jeune fille de dix-sept ans, à la suite de soins donnés à un nourrisson atteint d'ophthalmie purulente, fut prise elle-même de la même affection; malgré un traitement sévère, elle avait perdu l'œil en moins de quatre jours par rupture de la cornée, et l'on eut même beaucoup de mal à préserver du même sort l'autre œil, qui fut attaqué quelques jours plus tard. La mère de l'enfant qui a infecté la jeune fille avait une blennorrhée. Cette circonstance, M. Ecclenburg dit n'avoir jamais manqué de l'observer en même temps que l'ophthalmie purulente chez un nouveau-né. Il donne pour précepte de ne pas perdre le temps avec le froid, les astringens et autres moyens analogues, mais de recourir promptement aux antiphlogistiques les plus énergiques. Un autre enseignement ressort de cette observation : c'est qu'une ophthalmie purulente en apparence bénigne, chez un nouveau-né, peut donner naissance, chez un adulte, à une ophthalmie extrêmement grave (2).

Mais si l'efficacité réelle de la contagion est démontrée, si l'action des autres causes qui ont été invoquées est plus ou moins douteuse, je pense qu'on ne peut se refuser à admettre que des circonstances hygiéniques mauvaises peuvent amener aussi et faire naître l'ophthalmie purulente des nouveau-nés, ou faciliter son développement en aidant à sa contagion.

(1) Rognetta, *Traité des malad. des yeux*, page 306; inédit.

(1) *Journal des connaissances méd.-chirurg.*, 8e année, p. 84, 1840.

M. Breschet regarde l'hiver comme la saison où elle est le plus fréquente; M. Dequevauviller trouve le même chiffre pour le printemps et l'hiver. L'influence du froid et des courans d'air a été si évidente en 1841, qu'on avait remarqué que les enfans dont les berceaux étaient placés près des fenêtres en étaient plus souvent atteints.

L'encombrement des salles, la malpropreté, l'alimentation insuffisante ou artificielle, etc., toutes ces circonstances enfin ont été aussi invoquées, mais sans que leur étude ait encore beaucoup éclairé la question. Restons donc, pour ce qui est d'une origine autre que la contagion, dans un doute sage et réservé : ces grands mystères des étiologies primitives nous échappent; et qui de nous peut espérer, dans l'état actuel de la science, de s'en faire l'interprète?

Contentons-nous de l'observation de quelques faits, et il ressortira, je pense, de cette étude, que l'ophthalmie purulente des nouveau-nés peut posséder ou possède une triple origine : la contagion, l'endémie et l'épidémie.

Symptômes et marche.—On peut considérer l'ophthalmie purulente des nouveau-nés comme parcourant trois périodes, qui souvent, il est vrai, *chevauchent* les unes sur les autres, mais qui, enfin, quelquefois se succèdent avec assez de régularité pour qu'elles puissent être saisies et observées. Cette division a son utilité, d'ailleurs, car il peut en découler des indications thérapeutiques importantes.

La distinction de ces périodes entre elles est puisée dans la nature de l'écoulement; on le rencontre, en effet :

1° Visqueux, incolore, transparent, *muqueux ;*

2° Plus liquide et diversement coloré, *séreux ;*

3° Épais, jaune ou verdâtre, *puriforme.*

Le plus ordinairement, dit M. Dequevauviller, c'est pen-

dant la nuit que débute la maladie; elle envahit dans la plupart des cas les deux yeux à-la-fois.

La première période est caractérisée par le gonflement de la paupière supérieure, dont le bord libre prend une teinte rosée; quelquefois sa face cutanée présente une ligne rougeâtre ou violacée, que Billard et M. Baron regardent comme pathognomonique; un peu de mucus commence à paraître; un léger développement vasculaire s'étend des glandes de Meïbomius au milieu de la conjonctive palpébrale; les paupières ne sont pas encore douloureuses, leurs bords commencent à s'agglutiner entre eux.

La deuxième période est caractérisée par un écoulement plus abondant et moins épais, qui revêt tous les caractères de la sérosité; il reste souvent incolore, mais quelquefois prend une teinte jaunâtre ou verdâtre. En même temps, la rougeur de la conjonctive devient plus marquée; l'injection vasculaire se dessine sur toute la muqueuse palpébrale, tantôt envahit la sclérotique, tantôt la respecte (Dequevauviller), la respecte toujours (M. Velpeau).

L'enfant garde ses yeux constamment fermés, et le gonflement des paupières est augmenté; il est plutôt œdémateux qu'inflammatoire, et la peau, fortement tendue, livide, luisante, forme une tumeur qui déborde considérablement l'orbite, tandis que son extrémité libre, bridée par le cartilage tarse, comprime le globe de l'œil, et retient le muco-pus dans sa cavité conjonctivale. La muqueuse, boursouflée, vient faire hernie entre la commissure, et détermine un ectropion momentané. Ce gonflement de la paupière est dû le plus souvent à l'infiltration séreuse du tissu cellulaire palpébral; infiltration qui, continuant sa marche, ne tarde pas à s'étendre entre la conjonctive et la sclérotique.

A la troisième période, on voit apparaître une gouttelette de muco-pus entre les cils; au milieu du liquide que laissent écouler les yeux, nagent quelques stries opaques qui deviennent de plus en plus nombreuses (Dequevauviller), et finissent par constituer l'écoulement mucoso-purulent lui-même, diversement coloré en jaune, en vert, en rougeâtre, tantôt comme émulsif et lactescent (Carron du Villards); à cette période, il devient âcre et peut excorier la peau de la joue (Rognetta).

L'injection de la conjonctive a fait des progrès rapides; elle s'étend et devient palpébrale où oculo-palpébrale, dans le rapport de 57 à 183 : ce qui justifie un peu l'opinion de M. Velpeau dans ce qu'elle me paraît avoir de trop exclusif. La conjonctive est transformée en une surface fongueuse, boursouflée, saignante; la cornée peut être saine encore, au milieu de ces désordres. C'est alors qu'on voit apparaître des granulations dues à la phlogose et au développement des follicules de la membrane muqueuse. M. Dequevauviller décrit certains replis de la conjonctive, devenue chémosique, qui sont comme pédiculés, et qui ont été observés aussi par M. Rognetta, et auxquels il donne le nom de *végétation*. Le liquide purulent suinte de toute la surface, séjourne au milieu de ces anfractuosités pendant un temps plus ou moins long, et s'écoule enfin en grande quantité sur toute la partie supérieure de la face. C'est alors que la cornée, se trouvant *enfouie*, pour ainsi dire, sous un chémosis énorme et inflammatoire, subit des altérations irremédiables et profondes : elle devient comme spongieuse, mollasse, macérée; elle a perdu toute sa transparence, et le liquide purulent interposé entre ses lames s'échappe par ulcération, offrant ainsi une ouverture non pénétrante cependant encore, mais intersti-

tielle aux onyx multiples qui s'y sont développés; ensuite elle se perfore dans toute son épaisseur, et cela dans un point seulement ou dans toute son étendue, comme si elle se *désenchâssait* d'avec la sclérotique; l'iris est mis à nu ou vient s'appliquer, en forme de hernie, à travers la perforation; les humeurs de l'œil s'écoulent, et l'organe est perdu sans ressource.

Les symptômes généraux sont graves : souvent on voit apparaître ceux de la méningite, et toujours ceux qui accompagnent les phlegmasies violentes.

Comme pour l'ophthalmie gonorrhoïque, nous voyons à celle-ci des suites redoutables : le staphylôme, plus fréquent encore à cause de la structure spongieuse de la conée à cet âge (Scarpa); la cataracte capsulaire centrale (Mackenzie); le leucôme, l'oscillation des yeux, le *tremulus iridis,* le strabisme, l'amaurose, la blépharite chronique, le trichiasis, le ptérygion, le pannus, et souvent l'ectropion.

La mort peut avoir lieu; mais alors toujours à la suite de complications de phlegmasies pulmonaires ou viscérales. M. Stœber cite aussi deux cas de méningite survenue pendant la durée d'ophthalmies purulentes, et qui, liée ou non à la maladie oculaire, a entraîné la perte des jeunes malades.

Le pronostic sera donc fâcheux en présence de toutes ces éventualités; mais il est heureux de pouvoir ajouter que la résolution vient souvent ici mettre un terme à ces dangers : M. Dequevauviller, qui déjà nous a si souvent servi de guide dans cette étude, nous apprend qu'il l'a observée 134 fois sur 209; et alors l'infiltration du tissu sous-muqueux disparaît, la circulation se rétablit dans les vaisseaux de la conjonctive, et l'état vasculaire, comme érectile, est remplacé par une rougeur locale et disséminée qui, suivant

M. Sichel, persiste pendant plusieurs jours. Mais tant que la moindre trace d'injection se manifeste, il faut bien se garder de croire que la résolution est acquise, la cause la plus légère pouvant ramener la maladie.

Quelquefois, arrivée à son déclin, l'ophthalmie prend une forme chronique, et les granulations palpébrales persistent pendant un temps infini, amenant encore par leur présence et le frottement qu'elles exercent sur la cornée des dangers imminens et d'une autre nature, indépendamment de la douleur et du larmoiement.

C'est, dans la généralité des cas, sur la conjonctive palpébrale que se rencontrent les granulations : elles sont très rares sur la conjonctive oculaire, et des deux paupières, c'est l'inférieure qui en est le plus communément le siége.

Une condition essentielle pour qu'elles se développent, dit M. Rognetta, c'est que la phlogose ait duré pendant un certain temps et à un certain degré d'intensité.

Nous aurons, quand nous nous occuperons du traitement collectif des ophthalmies purulentes, à revenir souvent sur la nature et le diagnostic de ces granulations ; pour le moment, je ne fais qu'en signaler l'existence comme liée, d'une manière étroite et fréquente, à la maladie dont l'étude vient de nous occuper (1).

(1) Dans un prochain numéro nous insérerons ce qui a rapport au traitement de toutes les ophthalmies purulentes.

DES CAUSES, DE LA MARCHE, DES SYMPTOMES, DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET DU TRAITEMENT DE L'ANGINE LARYNGÉE OEDÉMATEUSE ;

Par M. le docteur De Lasiauve, médecin de l'hospice de Bicêtre (1).

Historique.

L'angine laryngée œdémateuse, vulgairement connue sous le nom *d'œdème de la glotte*, consiste dans l'infiltration séreuse ou séro-purulente de la muqueuse qui tapisse le larynx et du tissu cellulaire sous-jacent. C'est ainsi du moins que l'entendent les auteurs. En discutant la nature de cette affection, nous aurons lieu d'apprécier jusqu'à quel point cette définition est exacte. Quoique le mal puisse occuper, soit à-la-fois, soit isolément, tous les points de la membrane laryngienne, il affecte néanmoins d'une manière plus spéciale ses parties supérieures et notamment les bords de l'orifice glottique, les replis aryténoïdiens et la base de l'épiglotte où existe un tissu cellulaire plus lache et plus abondant. Cet œdème, au reste, donne lieu à du gonflement qui, en rétrécissant le diamètre du conduit de la respiration, déjà si étroit à cette place, occasionne de la dyspnée et souvent des symptômes de suffocation rapidement mortels.

Les anciens n'ont guère distingué cette maladie. Hippocrate, néanmoins, parle en termes assez explicites de l'œdème de l'épiglotte : « Quando summus curculio aquâ impletur, ejusque pars extrema rotunda et pellucida fit,

(1) Le travail remarquable qu'on va lire a d'abord été imprimée dans l'*Expérience*.

Après l'historique que nous allons donner en entier, M. de Lasiauve analyse toutes les observations relatives à son sujet. Nous nous contenterons de reproduire ici ce qui ressort de ces observations. Nous avons laissé les numéros de ces observations pour qu'on puisse les consulter dans le recueil qui les a toutes consignées.

respirationem intercepit. » Celse, reproduisant ce que dit le médecin de Cos, ajoute que c'est en comprimant les parties que le gonflement empêche les fonctions respiratoires. On cite un autre passage du père de la médecine ; mais qui se rapporte exclusivement à l'engorgement séreux de la luette, pour lequel il prescrit de presser cet organe avec le doigt contre le palais : « Dum uvulæ apex aquâ impletus esset, dit-il, ejusque pars extrema rotunda et pellucida respirationem interciperet, oporteret ut uvulæ extremum *digito* prehensum et sursùm ad palatinum discenderetur. » Il conseille même la scarification, avis que partage Celse, surtout quand, suivant ce dernier, il n'y a pas d'inflammation.

Les écrits des modernes, jusqu'au commencement de ce siècle, n'annoncent pas des notions plus exactes. Boërhaave a décrit une angine aqueuse ; mais, comme Bayle le fait observer avec raison, sa description s'applique à l'œdématie des parties visibles de l'arrière-bouche et de la gorge, et non à l'infiltration du larynx. Seulement Van Swieten, dans ses commentaires des aphorismes du célèbre médecin de Leyde, en particularise assez bien le siége à ce dernier organe. Après avoir expliqué les accidens produits par le gonflement de la luette, des amygdales, etc., il ajoute : « Si laryngem vel asperam arteriam idem morbem corripiat, cum molestissimâ tussi impedietur libera respiratio. » Il insiste particulièrement sur le caractère non inflammatoire du gonflement, qui est *laxus*, *mollis*, *frigidus*, *aquosus;* il en indique aussi l'extrême danger : « Longè majus discrimen si circà laryngem tales tumores hæderint, quam si pharyngem et tonsillas occupârunt. »

Mead reconnaît trois espèces d'angines graves : « Hanc primam aquosam, alteram tonsillarum, tertiam faucium. » Quant à la première espèce, il se borne à dire que l'on ren-

contre les parties de la gorge et les glandes distendues et tuméfiées (*Opera*, tome II, page 26).

Bonet, Lieutaud, Vicq-d'Azir parlent de morts rapides et imprévues dues à des désordres dans le larynx, mais sans spécifier la nature de ces désordres. Divers fa s de suffocation, rapportés dans l'immortel ouvrage de Morgagni, n'offrent pas non plus les caractères aussi précis qu'on l'a supposé de l'œdème de la glotte. Ici, en effet, il s'agit d'une fille de quarante ans, asthmatique, atteinte, en outre, d'une extinction de voix, et qui vint à succomber tout-à-coup au milieu d'un accès. L'examen cadavérique n'avait rien appris sur la cause de ces accidens, lorsque Morgagni, qui faisait alors des recherches sur le larynx, étant ainsi conduit à explorer cet organe qu'on ne songeait point à ouvrir, découvrit les altérations suivantes : « Pus ex albo cinereum quasi pultaceum formatum, in obturamenti modum, occludebat per situs cavum laryngis quod intra glottidem est. » Il existait aussi des ulcérations. (Épître XV, art. 13). Là c'est un médecin qui, ayant depuis long-temps la voix rauque et affaiblie, meurt à l'improviste, et dont Morgagni regrette qu'on n'ait point fait l'autopsie, parce que, dit-il, comme dans plusieurs cas de ce genre, on aurait probablement rencontré des lésions dans le larynx (Épître XXII, art. 24, 25). Plus loin, une jeune fille succomba avec de graves symptômes du côté du larynx, et on trouva dans la cavité de cet organe une grande quantité de pus (Epître XXII, art. 26). Dans une autre circonstance, une personne, déjà anciennement malade, étant morte suffoquée avec une tuméfaction considérable des parties gauches du cou, on constata à l'autopsie, outre l'emphysème du poumon, un épanchement séreux dans la cavité arachnoïdienne, une infiltration séreuse de la cavité

buccale correspondant aux parties gonflées et de celle qui revêt toute l'arrière-gorge et le pharynx : « Membranæ, quæ linguæ radicem, tonsillas et exteriorem laryngis, indèque convestiunt lusto sublavo sero plurimum turgidæ. » Ailleurs, enfin, les cartilages du tuyau vocal furent trouvés gonflés, épaissis ; à la base du cricoïde existaient des excroissances obturant presque complétement le diamètre de la glotte.

Sauvages n'a fait que répéter les explications de Boërhaave sur l'angine aqueuse; mais il mentionne une expérience curieuse qu'il ne nous semble pas sans intérêt d'exposer ici. Cette expérience est extraite d'un traité de Rich. Lower sur la physiologie du cœur, traité qui parut à Londres au commencement du dernier siècle, et qui contient des recherches fort remarquables. Un jour, ce médecin, dans le but d'étudier quelques phénomènes relatifs à la circulation, lia les deux jugulaires à un chien : aussitôt le cou de l'animal commença à gonfler, la respiration s'embarrassa, et, deux jours après, la mort survint avec tous les symptômes de l'angine suffocante. Chose surprenante, pendant ces deux jours, il s'écoula une grande abondance de larmes et de salive, comme si, dit Lower, le chien eût été sous l'influence du mercure. Les parties tuméfiées, au lieu d'être infiltrées de sang et rouges, comme on aurait pu s'y attendre, étaient, au contraire, gorgées d'une sérosité citrine et transparente, preuve manifeste, ajoute l'auteur, que la compression des veines du cou peut produire l'angine œdémateuse.

Bichat a plus de précision. Ce célèbre anatomiste, après avoir décrit la muqueuse du larynx, termine ainsi : La portion qui forme l'ouverture supérieure de cet organe est soumise à une espèce d'engorgement séreux qui ne se manifeste en aucun autre endroit et qui, épaississant beaucoup

les parois, suffoque souvent les malades. Les auteurs ont indiqué les symptômes de cette angine particulière, mais ils ne connaissaient pas l'état anatomique des parties.

On voit par ces diverses citations combien, il y a peu d'années encore, ce qu'on savait de l'angine laryngée œdémateuse était obscur et se réduisait à peu de chose. Il y a loin, en effet, de ces quelques indications vagues à une histoire méthodique et complète de la maladie, à des règles de traitement clairement tracées.

C'est Bayle le premier qui, en 1808, dans un mémoire très savant présenté à la Faculté de médecine de Paris, donna une description satisfaisante de l'angine laryngée œdémateuse, description qui a servi de point de départ à tous les travaux qui ont été publiés depuis sur cette affection et parmi lesquels il convient de signaler spécialement ceux de MM. Tuilier, Lisfranc, Bouillaud, Legroux, Vidal, Trousseau et autres dont nous aurons occasion de citer les observations dans cet opuscule.

Grâces à ces travaux, nous possédons aujourd'hui une connaissance assez positive de la marche, des symptômes et du diagnostic de l'œdème de la glotte, mais il n'en est pas tout-à-fait de même des causes, de la nature de cette affection, et des moyens les plus convenables à lui opposer, triple question sur laquelle il existe encore de profonds dissentimens. Chacun a sa théorie, ses procédés, ses remèdes; cette divergence d'opinions et de pratique tient sans doute à la matière elle-même, mais elle dérive aussi d'autres sources, elle vient de ce que l'angine laryngée œdémateuse n'est réellement traitée à fond dans aucun ouvrage général de pathologie. Tout se borne à quel qes articles de journaux, calqués les uns sur les autres, à des mémoires ou à des faits parsemés çà et là

dans les recueils périodiques. Il s'ensuit que chacun, vaguement instruit de ce qu'ont fait ou dit ses devanciers ou ses contemporains, se fonde presque exclusivement, pour porter son jugement et baser ses conseils, sur les données qui lui sont propres, sur ce qu'il a vu et exécuté, le tout sans préjudice des doctrines spéciales, si susceptibles de modifier la manière de voir.

Cet état de choses détermine évidemment les obligations qui nous sont ici imposées. Il s'agit de rapprocher ces œuvres éparses et de tirer de leur examen comparatif les inductions les plus certaines à l'égard des points douteux ou controversés. C'est ce que nous allons essayer de réaliser.

Examen des opinions des modernes sur la maladie.

Bayle a distingué deux sortes d'œdèmes de la glotte : l'un primitif, idiopathique, se développant spontanément sous l'influence d'une cause plus ou moins appréciable, chez un sujet dont les organes vocaux sont sains ; l'autre consécutif, subordonné à la présence et aux progrès d'une affection organique du larynx. Cette division, admise par quelques praticiens, a été vivement critiquée par d'autres, non pas qu'on ne l'ait généralement reconnue conforme au double ordre de faits auxquels son auteur l'applique, mais parce qu'elle semble envisager l'infiltration des tissus comme un phénomène simple et pouvant avoir une existence indépendante de tout état morbide local. C'est le même motif qui a fait rejeter comme impropre la dénomination d'œdème de la glotte, employée d'abord pour celle d'angine laryngée œdémateuse, plus juste et moins compromettante ; car elle n'assigne point de limites à l'étendue de la maladie, et ne préjuge rien sur sa nature. Le mot angine convient, en effet, à toutes les gé-

nes de la respiration produites par les rétrécissemens morbides ou spasmodiques des canaux aériens ; celui de laryngée spécifie le siége de l'obstacle ; celui, enfin, d'œdémateuse en caractérise la forme, c'est-à-dire que cette triple désignation embrasse, sans aller au-delà, les principales circonstances connues de l'affection, phénoménales et anatomiques.

M. Tuilier, qui dénomme ainsi l'engorgement de la glotte, ne fait aucune remarque sur ces différens modes de production ; M. Lisfranc garde également le silence sur ce point théorique, et se borne à exposer les principes du traitement qu'il emploie.

M. Bouillaud, au contraire, s'élève contre le système de l'idiopathie. Absolument parlant, il ne nie pas la possibilité de l'œdème simple, mais il ne l'a, dit-il, jamais vu. S'appuyant sur les faits qu'il a observés et sur les explications de Bayle lui-même, qui indique comme condition locale de cet œdème une disposition phlegmastique ou catarrhale, il le regarde dans la presque totalité des cas comme le résultat de l'inflammation.

MM. Legroux, Trousseau et Belloc (1) partagent la même opinion. Selon eux, les faits qui démontrent l'œdème existant comme une maladie à part ont été mal vérifiés, ou sont très rares et exceptionnels. Constamment il se rattache à une phlegmasie récente ou à une affection organique ancienne du larynx.

M. Cruveilhier, et après lui M. Blache, sont plus exclusifs encore. Le doute même n'entre pas dans leur esprit ; et c'est franchement que, rejetant la double dénomination d'œdème de la glotte et d'angine laryngée œdémateuse, ils décrivent la maladie sous le nom de laryngite sous-muqueuse. « L'en-

(1) *Mém. de l'Académie royale de médecine*, t. VII, p. 1 et suiv.

gorgement œdémateux, dit M. Cruveilhier, n'est que le premier degré de cette inflammation. A un degré plus intense ou à une période plus avancée, la matière de l'infiltration est plastique, gélatineuse, purulente. » A ses yeux cet œdème, sauf la circonstance de localité qui le rend si dangereux, ne diffère point, quant à l'explication physiologique, de celui qui accompagne les érysipèles. C'est l'irritation qui appelle la fluxion œdémateuse dans les tissus sous-muqueux du larynx, comme elle la provoque dans le tissu cellulaire sous-cutané; c'est elle qui, en se fixant et devenant plus profonde, détermine l'inflammation phlegmoneuse, fréquente dans l'un et dans l'autre cas.

MM. Bricheteau et Vidal (de Cassis) ajoutent encore à ette manière de voir le poids de leur autorité. Le premier pense que, dans les faits où l'autopsie n'a révélé qu'un simple engorgement séreux, les investigations n'avaient pas été exercées avec assez de soin. Le second étaie, son argumentation d'une comparaison analogue à celle de M. Cruveilhier, en assimilant l'œdème larynge à celui qui se montre dans les parties voisines d'un panaris, par suite de l'étranglement inflammatoire.

En somme, à l'exception de M. Barrier qui a cherché à réhabiliter la première doctrine (1), on le voit, l'école actuelle tend à reconnaître pour cause exclusive de l'angine laryngée œdémateuse l'inflammation, soit primitive, soit consécutive à d'anciens désordres.

Cette question est grave, comme en général toutes les ques-

(1) M. Olivier des Brulais (Thèse, 1835) pense que l'œdème de la glotte et l'inflammation sont des faits différens, et que, sans mettre de côté beaucoup de faits, on ne peut confondre l'angine œdémateuse avec aucune espèce de laryngite.

tions de théorie médicale ; car, bien qu'en raison de l'incertitude des opinions, la pratique ne dût jamais envisager que les résultats, il est impossible, soit qu'on pose des règles ou qu'on y obéisse, de n'être pas entraîné par les idées qu'on s'est faites ; et, par exemple, dans cette circonstance, en adoptant la doctrine de l'inflammation, de n'être pas conduit, même dans des conditions défavorables, à traiter par les antiphlogistiques toutes les angines œdémateuses, dites primitives.

Il est d'abord un argument que nous devons repousser. Cet argument consiste à méconnaître, sous prétexte d'inexactitude, les observations contraires à nos sentimens. Nous savons, il est vrai, quelles garanties exige une bonne observation ; mais, en vérité, avec un pareil système, si commode pour ceux qui craignent d'être ébranlés dans leur conviction, il n'y aurait pas de science possible. En outre, les mêmes personnes ont recueilli des faits divers. Si des altérations semblables eussent existé, pourquoi les auraient-elles signalées dans certains cas et non dans les autres?

Au surplus, examinons l'origine des opinions particulières, et commençons par M. Bouillaud. M. Bouillaud, lorsqu'il publia ses observations, appartenait par ses tendances à l'école physiologique, c'est-à-dire à une école qui donnait l'inflammation pour base à tous les faits anatomo-morbides. On ne doit donc pas s'étonner si ce professeur distingué s'est autorisé des moindres traces de phlogose pour considérer l'œdème de la glotte comme le produit direct de l'inflammation ; mais on aura bien moins lieu d'être surpris encore si l'on compare ses faits avec quelques-uns de ceux de ses devanciers, je ne dis pas seulement sous le rapport des lésions pathologiques, ce qui pourrait être un objet de contestation,

mais surtout sous celui du développement et de la marche des symptômes pendant la vie. En effet, tandis que chez les uns (ob. 1, 7, 8, 10) il n'y a ni douleur de gorge, si ce n'est la sensation d'un corps étranger, ni difficulté de la déglutition, ni rougeur apparente des parties de l'arrière-bouche, ni fièvre enfin, et que cette absence de signes si importans coïncide avec l'infiltration blanche et la décoloration de la muqueuse laryngo-pharyngienne rencontrée à l'autopsie; chez les autres, au contraire (obs. 21, 22, 23), tous ces signes existent et se trouvent en harmonie avec les lésions morbides observées après la mort. En un mot, dans ces cas, l'engorgement était inflammatoire et non œdémateux, ou bien l'œdème, là où on le voyait, était accidentel.

Quant à MM. Trousseau et Belloc, il suffit de réfléchir au but de leur travail pour concevoir la prévention sous laquelle ils devaient être, et combien cette prévention affaiblit l'importance de leur jugement. Ils voulaient saisir un rapport entre l'œdème de la glotte et la phthisie laryngée, n'était-il pas naturel qu'ils le trouvassent? D'ailleurs, ces honorables confrères ne citent que trois faits par eux recueillis (obs. 30, 31, 32). Or, le premier est justement l'un de ces faits *exceptionnels dont il ne faut pas tenir compte*. Les deux autres appartiennent à des malades ayant depuis quelques années des altérations organiques, c'est-à-dire de ces affections qui ne prouvent ni pour ni contre dans la question.

MM. Legroux, Bricheteau et Vidal (de Cassis) semblent adopter de confiance les preuves des auteurs que nous venons de citer.

Reste enfin la théorie de M. Cruveilhier, à laquelle adhère M. Blache. Cette théorie, si elle n'est vraie, est du moins infiniment ingénieuse. Malheureusement elle paraît plu-

tôt être le fruit d'une savante combinaison de l'esprit, de recherches générales sur l'anatomie pathologique, que le résultat d'une étude approfondie de la matière, et reposer sur une brillante hypothèse plutôt que sur des faits parfaitement démontrés. Jusqu'à présent on est convenu de certains signes pour caractériser l'inflammation. Or, admettre par analogie une inflammation sans l'existence de ces signes, et c'est ici le cas, n'est-ce pas se baser sur une supposition?... Broussais procéda ainsi : il expliquait *à priori*, d'après son système né de l'anatomie générale de Bichat, toutes les productions morbides par le degré de la phlegmasie et la diversité des tissus affectés. Mais que de contestations n'a-t-il pas soulevées et qui ne sont pas encore résolues ? Dans les quatre premiers cas que j'ai rappelés, et dans ceux qui suivent (obs. 26, 30, 40, 41), à quoi donc se réduisent les traces matérielles de l'angine laryngée œdémateuse? Il n'y a ni rougeur ni chaleur ; la douleur n'est qu'une gêne, et la distension des parties en rend suffisamment compte. A l'égard du gonflement, la présence de la matière et l'éréthysme que cette matière occasionne ne le justifient-ils pas?

A notre sens, d'ailleurs, il ne faut pas confondre, dans les cas complexes, l'inflammation et l'œdème. Ce sont deux faits distincts : l'un n'engendre pas l'autre nécessairement. De ce que l'œdème complique certains états inflammatoires, il ne s'ensuit pas qu'il en soit un produit, comme le pus, par exemple. Il peut n'être qu'un accident résultant d'une modalité morbide spéciale du tissu cellulaire, provoquée, il est vrai, par le voisinage d'une inflammation, mais différente néanmoins de la modalité inflammatoire. On conçoit, en effet, qu'une phlegmasie située dans un lieu apporte des changemens dans la sensibilité et la circulation des parties envi-

ronnantes dont elle pervertit ainsi les fonctions. Celles que remplit le tissu cellulaire sont assez ignorées; mais on sait sa facilité à s'étendre, à s'épaissir, à varier le produit de ses sécrétions, facilité qu'explique moins le simple mouvement inflammatoire que des actions moléculaires d'une nature toute particulière. Ainsi, dans les exemples qu'on a choisis, dans l'érysipèle, dans le panaris, il n'est donc point établi que l'extension de la phlegmasie au tissu cellulaire soit nécessaire pour produire la tuméfaction œdémateuse, laquelle, d'ailleurs, se développe dans bien d'autres occasions où il serait difficile de faire jouer un rôle à l'inflammation, comme on le voit notamment par ces empâtemens qui surviennent dans des différentes régions chez certaines personnes lymphatiques ou affaiblies, et pour ceux qui accompagnent les pustules malignes, les morsures d'animaux venimeux, etc.

D'après ces considérations, il nous semble que si l'on doit faire cas de toutes les particularités de la formation de l'œdème laryngé, il ne faut point pour cela lui enlever ce qu'il a de spécial : que c'est trop s'avancer peut-être de le faire dépendre toujours d'un état phlegmasique ; que, par conséquent, le titre de laryngite sous-muqueuse, qui suppose un fait indémontré, est beaucoup moins convenable que celui d'angyne laryngée œdémateuse, qui laisse la question indécise; et qu'enfin la division de Bayle, à laquelle toutefois il serait juste d'ajouter une troisième variété, quoique rare, celle de l'œdème passif de la glotte provenant, soit d'une hydropisie générale, soit de la gêne apportée à la circulation locale par la ligature ou l'obstruction des veines principales de la partie supérieure (cas de Lower), que cette division, dis-je, mérite d'être maintenue.

Des causes de l'angine laryngée œdémateuse.

Comme l'histoire des causes d'une maladie se lie étroitement à l'étude de ses variétés et de ses divers modes de formation, la discussion qui précède nous a déjà révélé en partie celles qui peuvent produire l'œdème de la glotte. Cet œdème, en effet, étant le plus souvent un fait secondaire, reconnaît d'abord pour causes, indépendamment des impressions passagères, les états morbides très variés dont il peut être la complication. Il résulte aussi de cette circonstance que le nombre de celles qui pourraient avoir sur la production de cette maladie une action spéciale se trouve restreint et d'une plus difficile appréciation.

Quoi qu'il en soit, ces causes sont prédisposantes ou occasionnelles. Nous allons successivement les passer en revue.

Causes prédisposantes. — 1° *Age.* — Il résulte de nos observations que l'angine œdémateuse se manifeste aux différentes périodes de la vie. Néanmoins, à l'exception de deux sujets, dont l'un était âgé de huit ans (30), et l'autre de sept ans et demi (42), tous les autres étaient adultes. Le plus vieux avait soixante-dix-sept ans (24), un autre soixante-dix (34), le reste de dix-huit à cinquante-deux. Au dire de M. Blache, ni lui, ni M. Guersant père, dans sa pratique si longue et si étendue, n'auraient jamais observé l'œdème du larynx chez les jeunes enfans, si ce n'est pourtant dans les cas d'hydropisie générale. M. Berton (1) parle également de sa rareté à cette époque de l'existence; mais Billard le signale comme une chose qui arrive (510).

2° *Sexe.* — M. Lisfranc affirme dans ses mémoires que les

(1) *Traité prat. des mal. des enf.*, 2e *édit.*, Paris, 1842, p. 352.

femmes seraient plus exposées à cette maladie que les hommes. Ce n'est pas ce qui résulte du relevé des cas précédens, où, sur 35 individus dont le sexe a été indiqué, il y a 22 hommes et seulement 13 femmes. Il est vrai qu'il conviendrait peut-être de réduire ce chiffre de 22 à 19, à cause de 3 militaires qui y figurent, la pratique de celui qui a fourni les observations ayant porté exclusivement sur un seul sexe; mais, dans cette supposition, il y aurait encore contre l'assertion de M. Lisfranc l'énorme différence de 6, différence, au reste, qui se comprend si l'on considère la fréquence relative des ulcérations syphilitiques du larynx chez l'homme.

3° *Tempérament.* — On cite comme une cause prédisposante à l'œdème de la glotte le tempérament lymphatique, la disposition scrofuleuse et lymphatique, etc.; mais cette indication résulte d'une idée préconçue plutôt qu'elle n'est l'expression des faits; car, dans les histoires particulières, la circonstance du tempérament est presque toujours omise; sur 47 malades, un seul est signalé (42) comme lymphatique; les autres étaient forts, sanguins et robustes (21, 26, 27, 32, 33, 34, 35, 36, 47).

4° *Profession.* — Elle n'est mentionnée que pour 23 individus, chez lesquels prédominent les professions sédentaires. Il y a un tailleur (obs. 1), 2 cordonniers (obs. 3, 5), une cuisinière (obs. 21), 2 lingères (obs. 25, 38), 2 couturières (obs. 22, 47), 1 portier (obs. 31), 1 employé (obs. 33), 1 commis drapier (obs. 35), 1 étudiant (obs. 4), 3 soldats (obs. 7, 9, 11), 1 laboureur (obs. 14), 1 marbrier (obs. 23), 1 carrier (obs. 35), 1 négociant (obs. 39), enfin 1 infirmier d'hôpital (obs. 44).

5° *Habitations, habitudes, climats,* etc. — Nuls renseignemens.

6° *Saisons.*—Leur influence est difficile à déterminer; d'une part, les cas d'œdème se montrent isolés, et de l'autre, ces mêmes saisons n'ayant point un cours général et constant, et ne se ressemblant ni entre elles ni chacune à elle-même dans toute leur durée, 23 fois seulement on a noté l'époque de l'année. Voilà le nombre des cas pour les différens mois: janvier, 3 (obs. 32, 34, 37): février, 1 (obs. 22); mars, 1 (obs. 40): mai, 3 (obs. 9, 38, 41); juin, 3 (obs. 7, 35, 36); juillet, 2 (obs. 2, 47); août, 2 (obs. 3, 39); novembre, 3 (obs. 5, 23, 31); décembre, 3 (obs. 12, 21, 14); répartition dont il est impossible de tirer aucune conclusion.

7° *État maladif.*—C'est surtout cet état qui est la condition la plus favorable au développement des deux espèces de la maladie. Si quelques cas, en effet, se sont déclarés au milieu d'une santé, en apparence normale (obs. 2, 34, 36); dans tous les autres, ou bien la constitution, par suite d'une langueur habituelle ou de graves maladies, avait subi une profonde atteinte, ou les malades éprouvaient depuis long-temps des accidens dans le larynx. C'est ainsi que, sur 37 malades dont les antécédens ont été indiqués, 34 étaient sous le coup d'une maladie antérieure; 7 ont été surpris pendant le cours d'une fièvre grave, ou durant la convalescence (obs. 1. 3; 4; 7; 9; 10, 35); 2 à la suite de pneumonies catarrhales intenses: 2 à la fin d'une affection organique du cœur avec œdème général commençant (obs. 22, 29); 2 dans la période de desquamation de la scarlatine (obs. 30, 39); 2 après un rhumatisme articulaire (obs. 21, 34); une était récemment accouchée (obs. 41); une autre présentait l'anémie la plus complète par pertes utérines (obs. 47); 1 était en convalescence d'une fracture (obs. 8); 9 étaient sujets à une toux habituelle, à une douleur de gorge, à de l'enrouement (obs.

5, 12, 14, 25, 31, 32, 37, 39, 46); 3 avaient été traités pour des maladies syphilitiques (obs. 26, 27, 28); enfin, chez un individu, il y avait désorganisation profonde des parties environnant le larynx, avec gonflement général du cou.

On se figure aisément la manière d'agir de toutes ces causes. Chez les uns, quoiqu'il n'y eût pas de maladie au larynx, la susceptibilité morbide, jointe à la mollesse et à la laxité générale des tissus, suffisait, étant développée par une impression locale pénible, pour amener la tuméfaction œdémateuse; chez les autres, soit avec ou sans le concours de cette impression, l'infiltration s'était opérée à mesure du progrès des affections aiguës ou chroniques, dont on conçoit assez, sans qu'il soit presque besoin de l'exposer. la nomenclature étendue : laryngite simple ou chronique, ulcères tuberculeux syphilitiques ou cancéreux, abcès, carie, nécrose, ossifications, ramollissemens, productions polypiformes, squirrhosités, végétations, etc. Au surplus, quelques praticiens, et entre autres M. Degroux, ont pensé que l'œdème consécutif de la glotte est beaucoup plus commun que l'œdème primitif. Or, il résulte de l'analyse des faits que, sur 29 cas dont l'origine est connue, et à l'égard desquels, d'ailleurs, l'examen cadavérique est conforme à cette origine, 16 se sont déclarés primitivement (obs. 1, 2, 3, 6, 7, 9, 10, 12, 30, 34, 36, 40, 41 *bis*, 47 et 48), et 13 seulement ont succédé à des altérations locales (obs. 4, 13, 25, 26, 29, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 46).

Causes occasionnelles.—Tous les auteurs sont d'accord sur ce point : que l'impression du froid est celle qui agit le plus efficacement en cette circonstance. Dans 8 cas seulement, il est fait mention d'une cause occasionnelle, et, sur ces 8 cas, en effet, l'influence de cette cause a été constatée 6 fois; ici

(4 et 13), ce sont 2 malades, dont l'un convalescent d'une fièvre adynamique, et l'autre sujet à l'enrouement et aux maux de gorge, qui sont atteints après s'être exposés à la pluie; là (obs. 33, 37), 2 autres qui endurent du froid, celle-ci étant habituellement enrouée, celle-là à peine remise d'un catarrhe aigu; plus loin (obs. 36), une fille forte et bien portante s'échauffe à marcher rapidement par une température élevée; enfin (obs. 47), une malheureuse anémique est obligée, pour conjurer des syncopes que lui occasionnent d'abondantes métrorrhagies, de rester, les fenêtres ouvertes, à l'air frais des nuits. Ces faits, qui concordent avec l'opinion générale et avec ce que nous connaissons des effets du froid, de l'humidité et du passage brusque d'une température à une autre, portent à croire qu'il a dû en être ainsi dans une grande partie des autres cas, et notamment chez trois sujets (obs. 29, 30, 41), dont l'œdème s'est montré comme conséquence de l'érysipèle et de la scarlatine.

Personne n'ignore la fréquence de l'anasarque dans cette dernière maladie, et que cette complication vient ordinairement de l'imprudence des enfans qui n'ont pas la précaution de se tenir bien converts lorsqu'ils entrent en convalescence. Pour le dire en passant, la généralité des tissus qu'envahit l'œdème scarlatineux, dans cette circonstance, ne doit-elle pas exclure toute idée de l'attribuer à un mode particulier de l'inflammation, si l'on envisage surtout qu'il survient d'habitude sans un redoublement de fièvre?

M. Lisfranc met encore au rang des causes occasionnelles l'abus des mercuriaux. On conçoit qu'il puisse en être ainsi; mais alors il serait peut-être difficile de faire la part qui conviendrait à cet énergique dissolvant du liquide sanguin et à la maladie pour laquelle on l'aurait administré. Dans

l'une de nos observations (27), on attribue la maladie à des fumigations mercurielles dirigées dans la gorge, selon le procédé de Richard ; mais en supposant la réalité du fait, ce qui peut paraître douteux, puisqu'il est aussi rationnel d'en accuser l'affection locale qui avait nécessité le traitement, il y aurait encore à décider si le sublimé aurait agi alors en vertu de sa propriété spécifique, ou simplement comme tout autre agent physique. Ce qui appuierait cette dernière manière de voir; c'est que l'œdème se serait annoncé peu de temps après la première fumigation ; c'est-à-dire à une époque où les tissus n'auraient point été imprégnés du sel mercuriel.

Bichat cite une expérience curieuse qui prouve qu'une irritation mécanique pourrait être aussi quelquefois le principe du gonflement œdémateux. Un jour, ayant ouvert le larynx à un chien, dans le dessein d'étudier sur l'animal vivant les mouvemens des parties de cet organe, il fixa l'épiglotte à l'aide d'un fil. Quelques jours après, le chien ayant été sacrifié, on trouva les bords du cartilage piqué et les replis aryténo-épiglottiques tuméfiés et infiltrés d'une abondante matière séreuse. Enfin, l'expérience précitée de Lower induit à prévoir qu'un obstacle quelconque, par ligature, compression ou phlébite, apporté à la circulation veineuse supérieure, deviendrait, le cas échéant, une cause de laryngite œdémateuse.

De la marche de la maladie.

Cette marche est très variable, et on comprend sans peine qu'il en soit ainsi, puisque les symptômes dépendent moins de la tuméfaction œdémateuse, affection sans conséquence, que du siége qu'elle occupe et de la nature diversifiée des

causes qui lui donnent naissance. Rapide, ou lente et insensible, suivant que, par son plus ou moins de volume l'œdème intercepte à des degrés différens le conduit de la respiration ; légère ou grave, suivant que cet œdème appartient lui-même à des causes minimes, passagères, ou à des lésions profondes et permanentes ; souvent il n'a fallu que quelques heures pour passer de la vie à la mort. D'autres fois, et surtout quand la terminaison devait être favorable, la maladie s'est prolongée pendant des mois entiers. Comme, du reste, elle peut long-temps exister avant de se révéler par les caractères qui la font reconnaître, on est presque toujours embarrassé pour en marquer au juste le point de départ et en fixer la durée. Voici, en établissant le début au moment où on a pu le saisir, le résultat de 27 observations dans lesquelles les phases morbides ont été suivies : deux ont péri presque instantanément (1, 22), l'un se plaignant seulement d'une légère gêne à la gorge depuis deux jours, l'autre sans accidens précurseurs. Chez douze, les symptômes ont acquis le summum d'intensité du deuxième au troisième jour. Sur ce nombre, un seul a guéri (36). Le cas était accidentel : c'était une fille forte et bien portante, qui avait contracté sa maladie en passant du chaud au froid. Parmi les onze qui ont succombé, cinq avaient le larynx parfaitement sain avant leur maladie (7, 8, 9, 10, 47). Chez trois autres, l'état antérieur était ignoré (21, 24, 42). Les trois derniers, enfin, avaient été atteints, 11 de désordres dans les parties voisines du larynx, 32 de douleur de gorge accompagnée d'aphonie depuis trois mois, 33 une pneumonie catarrhale. La trachéotomie fut pratiquée deux fois ; chaque fois le soulagement fut marqué (24, 32) ; mais la mort survint (chez l'un cinq jours après) par des circonstances indépendantes de l'opération.

La terminaison eut lieu cinq fois du quatrième au sixième jour, quatre fois par la mort et deux fois par la guérison. Dans ces derniers cas, le mal était tout-à-fait idiopathique (38, 39); l'un subit l'opération à l'égard des trois autres; l'un (21) était sans précédens, deux (38, 39) conservaient des traces d'affections aiguës et récentes des voies aériennes.

Trois moururent au septième jour. Le premier (1) avait ressenti de la douleur de gorge dans le cours d'une fièvre adynamique; le second, convalescent (22) d'une maladie de cœur, avait été pris d'un érysipèle qui s'était propagé au cou; le troisième n'avait d'autres antécédens que son état de faiblesse résultant d'une fièvre adynamique récente.

Deux fois la maladie dura de 11 à 12 jours. Un seul malade mourut (3); point de symptômes locaux précurseurs; l'autre (37) était habituellement enroué.

Chez les trois derniers, enfin, l'affection se prolongea entre trente-quatre et quarante-huit jours. Un succomba (7), présentant depuis long-temps des signes évidens de phthisie laryngée. Deux guérirent : le premier, surpris de mal de gorge à l'improviste; le second (12) habituellement enroué.

La durée de l'œdème de la glotte est donc indéterminée et soumise à des vicissitudes qu'il ne nous est pas toujours permis d'apprécier; le plus souvent, néanmoins, sa marche est prompte et fatale dès le premier septénaire, si l'art, secondé par la nature, ne parvient à en enrayer les progrès. L'invasion peut être soudaine, mais d'ordinaire il n'en est pas ainsi, et les accès de suffocation ne se déclarent qu'un certain temps après que le malade a commencé à ressentir une gêne plus ou moins douloureuse dans la région du larynx et de la difficulté à respirer; il arrive même, dans le principe, que la bénignité apparente du mal laisse jusqu'au

médecin dans une sécurité funeste. Ces accès diffèrent aussi beaucoup dans chaque cas relativement à leur intensité, à leur fréquence, à leur longueur, à leur forme et à l'ordre de leur apparition ; il en est qui se prolongent cinq, dix minutes, un quart d'heure, d'autres bien plus long-temps encore ; tantôt ils consistent dans un étouffement plus ou moins supportable ; parfois, les malades suffoqués entrent dans une agitation difficile à décrire, se plaignant qu'ils étouffent, ouvrant largement la bouche, se renversant la tête en arrière, mettant en jeu toutes leurs puissances respiratrices, se cramponnant enfin aux différens objets qui les entourent, afin de trouver la position qu'ils cherchent et qu'ils ne réussissent pas à saisir. L'intervalle qui sépare ces accès est plus ou moins long; souvent ils se reproduisent plusieurs fois dans la journée. Chez quelques malades, un certain nombre de jours se passent avant leur retour, ou bien c'est la nuit qu'ils affectent de paraître ; les moindres circonstances, une émotion morale, le besoin de parler, la pensée qui s'arrête sur le mal, deviennent parfois des causes provocatrices ; mais vraisemblablement, sous ce rapport, la principale influence doit appartenir aux variations diurnes de l'atmosphère.

Quoi qu'il en soit, quand l'issue menace d'être funeste, les accès se rapprochent et deviennent plus longs et plus violens. La gêne de la respiration, qui, dans la rémission, pouvait d'abord être un long temps inaperçue, fait des progrès et reste permanente. Les forces enfin se brisant par la fatigue et l'anéantissement de la vie, résultat d'une hématose incomplète, le malade succombe aux angoisses de l'asphyxie. Au contraire, dans les cas, malheureusement rares, où la nature prépare son triomphe, les accès s'éloignent et s'affaiblissent, les momens de calme sont plus durables, et des crises salu-

taires, comme nous en avons fourni quelques exemples, viennent quelquefois délivrer les patiens de leurs souffrances et de leurs craintes.

Des symptômes de la maladie.

Les accidens, dans une affection, dépendant presque exclusivement de l'obstacle mécanique apporté à la liberté de la respiration, il est rare qu'elle soit précédée ou qu'elle s'accompagne de fièvre. S'il en survient, ce n'est que dans les instans suprêmes, comme conséquence des perturbations et des efforts qu'entraînent les accès, ou lorsque l'œdème n'est lui-même qu'un accident d'une affection aiguë caractérisée. Alors il y a frisson, suivi de chaleur générale, puis de douleur locale, et, les malades venant à succomber, on rencontre à l'autopsie les preuves des progrès de la phlegmasie (13, 21, 22, 23). Dans le premier cas, c'est moins une fièvre réelle qu'un trouble forcé dans les mouvemens circulatoires. Le pouls est petit, fréquent, irrégulier, en même temps qu'il se manifeste sur une surface plus ou moins étendue des sueurs froides et visqueuses. Notre attention devra donc se concentrer sur les phénomènes particuliers.

1° *Douleur.*—Le premier qui apparaisse, c'est la douleur avec ses caractères divers : quelquefois vive et pénible, comme nous venons de l'observer, mais plus souvent sourde. Ici elle s'annonce (2, 17) par des picotemens, là par un sentiment de pesanteur, de gêne et de constriction au larynx. Il semble au malade qu'il ait un corps étranger dans la gorge ; il cherche à s'en débarrasser en portant instinctivement la main vers la région qu'il occupe. Ce corps monte et descend suivant les mouvemens d'élévation et d'abaissement du larynx pendant les actes de la déglutition et de la respi-

ration. A chaque instant, croyant pouvoir l'expulser, on se livre à de violens efforts d'expiration et d'expectoration.

2° *Toux.* — A la douleur se joint bientôt, mais non pas constamment, une toux quelquefois vive et forte (obs. 3, 13), plus fréquemment petite et sèche. M. Serres l'a désignée sous le nom de *tussicule*. Chez quelques personnes atteintes de phlegmasies catarrhales, elle est humide dès le principe; chez d'autres elle le devient plus tard (obs. 12), et donne lieu à l'expulsion de mucosités plus ou moins abondantes. Quoique d'ordinaire son timbre soit aigu et voilé, elle se montre aussi rauque et croupale (obs. 38). Dans ce cas, il y avait induration de la muqueuse cricoïdienne et ossification des cartilages aryténoïdes.

3° *Altération de la voix.* — Mais l'un des symptômes les plus constans et les plus remarquables, c'est la modification que subit la voix. Elle est rauque, voilée et s'éteint même plus ou moins complétement, phénomène qui vient, non-seulement de ce que le canal laryngien est rétréci, mais de ce que les parties tuméfiées ont perdu, par leur empâtement, la consistance et l'élasticité qui les rendaient propres à la formation et à la propagation des sons. Ces caractères de la voix, qui, chez plusieurs malades, précédant la maladie, devaient la faire craindre, persistent et s'aggravent, et même, dans les cas heureux, subsistent à un certain degré après la disparition de tous les autres symptômes. Rarement elle s'améliore un peu dans l'intervalle des accès. Parfois aussi elle est entrecoupée à cause des besoins respiratoires (obs. 12, 21); enfin, par exception (obs. 36), elle était croupale. Le malade est mort, et l'on a trouvé les replis aryténoïdes infiltrés, mais très fermes.

4° *État de la respiration.* — Nous l'avons vu, la gêne de la

respiration, qui est quelquefois subite, ne se prononce d'habitude qu'après un certain temps. Elle devient de plus en plus courte et fréquente, surtout pendant la nuit, où elle prive du sommeil ; enfin la suffocation, telle que nous l'avons décrite, avec ses accès et ses intermittences, vient apporter l'effroi dans l'âme du malade et des assistans. Bayle a signalé un phénomène important, et qui depuis s'est trouvé confirmé par tous les observateurs, c'est la différence qui existe sous le rapport de la gêne entre les deux temps de la respiration. Tandis, en effet, que, contrairement à ce qui arrive dans d'autres maladies, l'inspiration est laborieuse, impossible même, l'expiration, au contraire, s'exécute avec autant de facilité que dans l'état normal. On a donné de ce fait diverses interprétations. Bayle l'attribue à l'influence de la colonne d'air qui se précipite dans le fond de la gorge pour l'inspiration. Cette colonne, dit-il, pressant les bords œdématiés qu'elle applique sur la glotte, empêche ainsi l'air de pénétrer. L'expiration n'est point soumise à ce genre d'obstacle ; car, indépendamment de la cessation du spasme inspirateur qui détend les parois de l'ouverture glottique, l'air expiré soulève sans peine le faible poids qui s'oppose à sa sortie. L'explication de M. Lisfranc se rapproche beaucoup de celle de Bayle. Ce célèbre praticien compare la partie supérieure du larynx à une demi-sphère percée vers son centre d'une ouverture dont les parois sont taillées en biseau aux dépens de la face interne. Il résulte, selon lui, de cette disposition que si, comme il l'a expérimenté sur plusieurs cadavres, on précipite l'air avec un soufflet sur la partie supérieure du larynx, il n'en entre point dans sa cavité; mais que si, au contraire, on insuffle de l'air de bas en haut dans la trachée, cet air sort facilement par la glotte.

M. Trousseau ne partage point cette manière de voir. L'abaissement des parties œdématiées sur l'ouverture de la glotte ne lui paraît pas aussi facile qu'on le pense, en ce que les parties sont loin d'être toujours flasques et pendantes, principalement sur le vivant. Il pense qu'on peut se faire une idée plus satisfaisante du phénomène par la rapidité double de l'introduction de l'air inspiré sur l'issue de l'air expiré. M. Blache reproduit l'opinion de Bayle et de M. Lisfranc. Enfin, M. Cruveilhier fait jouer un grand rôle au vide qui s'opère dans l'organe respiratoire par suite de l'expiration. Ce vide aurait pour effet le rapprochement des deux bourrelets. Cette interprétation très scientifique est la même, quant au mécanisme, que celle des auteurs ci-devant nommés.

Vraisemblablement, la diversité fonctionnelle dont il s'agit tient au concours de ces diverses causes; mais il en est une autre qui, selon nous, doit encore être prise en considération, c'est celle qui résulte de l'empêchement au mouvement des organes tuméfiés, du difficile soulèvement de l'épiglotte, de l'inertie des muscles dilatateurs de la glotte ce qui nécessite, de la part du malade, ces violens efforts destinés à suppléer à ce défaut d'action. Voilà pourquoi il ouvre la bouche et porte sa tête en arrière afin de mettre l'ouverture de la glotte en rapport plus direct avec l'air atmosphérique, de relever l'épiglotte par la distension des muscles sous-hyoïdiens, et d'agrandir la glotte en fournissant à ses dilatateurs un point de résistance en arrière; pourquoi il s'accroche à tout pour donner plus de puissance aux forces inspiratrices.

La règle toutefois n'est pas sans exception. Dans quelques cas, l'expiration n'a pas été moins gênée que l'inspiration. Les obs. 31, 34 et 38 en sont des exemples, et l'on n'en trouve pas la raison précise dans le détail de ces observations. L'un

des malades a guéri. Chez le premier des deux autres, le gonflement œdémateux avait plus de fermeté que de coutume; chez le second, la carie des cartilages du larynx et l'induration de la partie inférieure de la muqueuse de cet organe y auront sans doute contribué pour beaucoup, car la différence du siége du mal doit en amener également une dans les résultats.

Quoi qu'il en soit, l'inspiration, et l'expiration quand elle est altérée, ne sont pas seulement difficiles, elles se montrent le plus souvent avec des bruits dont les nuances n'ont pas, à la vérité, une grande signification. Tantôt ces bruits consistent en une sorte de souffle aigu, en un sifflement; d'autres fois, c'est un râle sonore et bruyant qui résonne dans la poitrine. Dans l'observation 34, l'expiration se faisait avec frôlement. Dans l'observation 2, Bayle a senti sous sa main, appliquée sur le larynx, un frémissement marqué pendant l'inspiration. M. Legroux depuis aurait eu aussi l'occasion de constater ce signe.

On s'est étonné de l'intermittence des accès de suffocation dans une maladie qui, en raison de lésions permanentes, semblerait devoir produire des symptômes à-peu-près constans, et chacun l'a conçue à sa manière. M. Trousseau, fidèle à sa théorie, admet des variations dans le volume des parties œdématiées, et, par conséquent, des degrés variables dans le rétrécissement. Il dit à cette occasion qu'il n'est pas besoin d'une occlusion complète de la glotte pour produire l'asphyxie, et qu'il suffit pour cela d'une notable diminution de la quantité d'air qui arrive au poumon dans un temps donné. M. Cruveilhier fait intervenir un spasme dont l'effet serait de resserrer momentanément l'orifice de la glotte; spasme inconnu sans doute dans son origine, mais qui, comme tous les spasmes, aurait son temps de durée et

de relâchement. M. Legroux est d'un avis bien différent : cette intermittence, selon lui, reconnaît pour cause la surabondance du sang désoxygéné dans les poumons. Toutes les fois, dit-il, que, soit accumulation du sang dans les vaisseaux pulmonaires, soit rétrécissement des canaux aériens, les poumons reçoivent trop peu d'air pour l'hématose, la nature appelle les efforts respirateurs à son secours ; la dyspnée n'est qu'une suite d'inspirations profondes, rapides et comme convulsives, suscitées par un instinct conservateur. Une fois l'équilibre rétabli, le calme renaît jusqu'à ce que, si la cause est durable, de nouveaux besoins survenant rendent nécessaire une crise inspiratoire nouvelle.

Il ne nous paraît pas possible, avec quelque habileté qu'il l'ait exposée, d'admettre l'explication de M. Legroux. Cette explication convient peut-être aux asphyxies dont la cause réside dans le poumon ou dans le cœur. Mais il est loin d'en être de même ici. Lorsque la suffocation est imminente, ce n'est point parce que l'air pénètre avec trop de vitesse dans l'organe pulmonaire, mais parce que l'obstacle existant au larynx empêche qu'il n'y en entre assez. Quant à la doubl e opinion de MM. Trousseau et Cruveilhier, elle se fonde également sur l'analogie. Le mouvement et le repos sont le propre d'une foule d'actes physiologiques et pathologiques. Le relâchement succède à la contractilité, l'affaissement à la turgescence. Point de douleur qui persiste au même degré dans une journée, de phlegmon qui reste uniformément tendu. M. Trousseau indique un effet, M. Cruveilhier une cause, et chacun a partiellement raison. Nul doute que la rigidité du gonflement œdémateux ne soit aussi réelle dans les accès que l'éréthisme, qui occasionne et le spasme des parties et cette rigidité. *(La suite à un numéro prochain.)*

ORTHOPÉDIE.

Rapport sur un Mémoire de M. Malgaigne, ayant pour titre :

***De la valeur réelle de l'orthopédie, et spécialement de la ténotomie rachidienne, dans le traitement des déviations latérales de l'épine* (1).**

(*Commissaires :* MM. Baudelocque, Roux, et Velpeau, *rapporteur.*)

L'Académie n'a point oublié sans doute l'espèce d'orage suscité dans cette enceinte par la lecture du mémoire de M. Malgaigne. Elle se souvient encore des difficultés apportées par quelques-uns de ses membres à la composition d'une commission chargée d'examiner ce travail. Pénétrés de l'importance de la question, nous n'avons pas cru cependant devoir reculer devant la mission qui nous était imposée. Il nous a semblé que quelques désagrémens personnels n'étaient point de nature à empêcher un corps savant de procéder à la recherche de vérités qui peuvent intéresser la science. Nous nous sommes donc mis à l'œuvre, et nous venons aujourd'hui vous soumettre le résultat de nos recherches.

Disons d'abord ce que renferme le mémoire de M. Malgaigne.

A. *Analyse du Mémoire.*—Étant d'opinion que les courbures latérales de l'épine ne peuvent pas être redressées *complétement*, l'auteur, qui sait que le contraire est soutenu par une infinité de personnes et généralement admis, a pensé que le moment était venu de voir qui a raison ou qui a tort sur ce point, de lui ou de ses antagonistes. La myotomie ou la ténotomie rachidienne, dont on a beaucoup vanté les heureux effets depuis quelques années, lui a paru devoir être

(1) Extrait du *Bulletin de l'Académie royale de Médecine*, t. X, où se trouve la discussion à laquelle ce rapport a donné lieu, ainsi que le mémoire de M. Malgaigne.

examinée, avant tout, quant à sa valeur réelle : aussi est-ce à cette opération qu'il s'attaque principalement.

1° Jusqu'ici, les faits orthopédiques annoncés, appartenaient à des établissemens privés ; ils étaient d'ailleurs, ou étrangers à la ténotomie, ou relatés d'une manière si vague, qu'il n'y avait guère lieu de les soumettre à un examen scientifique. M. Malgaigne ne s'est occupé que de ceux qui ont été recueillis en public, sous la sauvegarde, en quelque sorte, des hôpitaux de Paris. Ayant vu par un relevé dont les matériaux ont été puisés dans un de ces établissemens, que sur 155 cas de déviation de l'épine, on en avait guéri 24, il s'est mis à la recherche de ces dernières, mais sans que les investigations auxquelles il a pu se livrer lui aient permis, assure-t-il, d'en constater aucun. Sur 35 des malades admis dans le service indiqué, les seuls qu'il ait pu retrouver, ou qui appartinssent à la catégorie des courbures vertébrales, il n'en a pas rencontré un seul qui fût complétement redressé.

2° Confirmé dans son opinion par ce premier examen des faits, M. Malgaigne se livre ensuite à la recherche des causes des difformités, afin de voir si elles ne deviendraient pas une indication de la ténotomie rachidienne. Pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de l'hypothèse qui veut que *le plus grand nombre des déviations latérales du rachis soient le produit de la rétraction musculaire active* (*Gaz. méd.*, 1839, page 404, 1re colonne), l'auteur passe en revue 17 malades. Sur ce nombre, il n'en a trouvé que quatre qui eussent eu des convulsions dans leur enfance. Encore ne voit-il guère de rapport entre l'époque de ces convulsions et celle de l'apparition de la difformité chez les jeunes personnes qui en étaient affectées.

Chez les autres malades, la déviation paraissait s'être dé-

veloppée sous l'influence de l'hérédité, de mauvaises attitudes, du rachitisme, de la cessation d'un écoulement vaginal, ou de circonstances tout-à-fait inconnues.

Ne trouvant rien non plus de ce côté qui vînt à l'appui de la doctrine en question, M. Malgaigne a recherché s'il existait véritablement *des cordes tendues, des tendons, des muscles raccourcis, rétractés*, soit chez les malades qui avaient été opérés, soit chez ceux qui n'avaient point été soumis à la myotomie, et il affirme n'avoir rien rencontré de semblable à ce que la théorie qu'il combat exigeait.

Fort de ce double fait, à savoir, que les déviations examinées par lui paraissaient étrangères à une lésion primitive des centres nerveux, à une rétraction active du système musculaire, et que les malades soumis à l'opération conservaient leur difformité, M. Malgaigne n'hésite point à conclure que la ténotomie est pour le moins inutile dans le traitement des déviations latérales du rachis.

3° Comme les malades opérés qu'il a observés ont été soumis en même temps à l'action des lits, des machines orthopédiques pendant assez long-temps; comme, d'un autre côté, des résultats aussi heureux que ceux qu'il a pu constater ont été obtenus, selon lui, sans l'intervention de la myotomie, au Bureau central des hôpitaux par M. Duval, dans divers établissemens particuliers par MM. Bouvier, Tavernier, etc., M. Malgaigne soutient qu'aucun fait ne prouve, jusqu'à présent, que la ténotomie soit en droit de réclamer la moindre part dans l'amélioration survenue chez certains malades.

4° Enfin, examinant jusqu'à quel point la myotomie rachidienne est innocente dans la pratique, M. Malgaigne convient tout d'abord qu'elle n'a été suivie chez aucun malade de suppuration notable. Peu douloureuse en général, elle cause

cependant parfois des souffrances assez fortes. Chez une jeune fille, la douleur devint plus aiguë deux heures après qu'au moment même. S'il n'en reste aucune trace dans le plus grand nombre des cas, elle laisse aussi parfois dans la région traversée par le ténotome une sensibilité assez vive, que le mouvement ou la pression exaspère. Quelquefois encore ces douleurs reviennent par intervalle ou à l'occasion des changemens de temps. Au demeurant, elles n'ont jamais rien de bien pénible.

Après l'opération, *la force des muscles* reste amoindrie d'une manière sensible chez quelques malades seulement.

L'une des jeunes filles examinées par l'auteur éprouve bientôt de la courbature quand elle se tient debout ; une autre se plaint de faiblesse dans les reins ; une troisième entend comme une sorte de *craquement* dans les régions opérées. Il en est une qui a de la peine à se baisser pour mettre ses souliers, ou à se relever en soulevant un fardeau. Il est pourtant vrai que la plupart n'ont point éprouvé de changement sous ce point de vue.

En résumé, la myotomie rachidienne paraît à M. Malgaigne une opération plutôt nuisible qu'utile dans le traitement des déviations latérales de l'épine, et il trouve, d'après l'examen auquel il vient de se livrer, que les principes sont ici parfaitement d'accord avec les faits.

B. *Discussion.* — Tel est en substance le mémoire de M. Malgaigne. Voyons maintenant jusqu'à quel point l'auteur de ce mémoire peut avoir raison.

L'Académie ne doit point se le dissimuler, la question est à-la-fois une des plus importantes et des plus délicates de la pratique chirurgicale. Le nombre des sujets atteints de déviation latérale du rachis est considérable. C'est une dif-

formité qui, sans compromettre la vie, fait le désespoir des familles: aussi met-on tout en œuvre pour la corriger, pour en guérir, ou pour la masquer. Des établissemens nombreux, entretenus à grands frais, ont été créés dans presque toutes les capitales de l'Europe et dans une foule de villes moins importantes, en vue de ce genre de maladie. Si, d'une part, les jeunes filles et leurs parens ont un désir aussi vif que naturel de trouver dans les traitemens qu'on leur propose un remède efficace, les chefs de ces établissemens ont, d'autre part, un intérêt très grand à ce que le public croie à la possibilité du redressement, de guérisons réelles de pareilles difformités.

Aux premières annonces de ces guérisons par les moyens orthopédiques, les médecins n'eurent d'abord aucune raison de ne pas y croire; mais au bout de quelques années, des doutes commencèrent à se faire jour; et ces doutes, il faut bien l'avouer, ont été remplacés par l'incrédulité dans l'esprit de beaucoup de praticiens, depuis un certain temps, depuis surtout qu'un médecin qui a long-temps dirigé lui-même un établissement orthopédique, s'est avisé de publier qu'on ne redressait point les déviations latérales du rachis, et de mettre les autres orthopédistes au défi de lui montrer une seule de ces déviations complétement redressée!

Il n'en est pas enfin des difformités du rachis comme des maladies en général, ni même comme des autres difformités. Règle commune, aucun motif ne porte les malades qu'on a traités d'une gastrite, d'une péritonite, ou d'une fracture, à faire croire qu'il ne reste plus aucune trace de leur indisposition, quand ils souffrent réellement encore. C'est tout le contraire pour les difformités de la colonne vertébrale. A l'âge de quinze à dix-huit ans, les intérêts de famille, des

raisons de toute sorte que nous n'avons pas besoin d'énumérer, font que la jeune fille prend souvent ses désirs pour la réalité, et croit volontiers être droite malgré sa difformité. En supposant qu'elle ne se fasse point illusion elle-même, elle ne manque pas au moins de masquer, autant que possible, par tous les artifices imaginables de toilette ou d'attitude, la déviation dont elle est affectée. Il en résulte que, si on l'a soumise à quelque traitement, elle reste fort disposée à soutenir que ce traitement a produit chez elle une guérison complète, et bien peu conviendront qu'il ne leur a été d'aucun secours, qu'elles sont aussi bossues qu'auparavant.

L'intérêt comme les désirs du chirurgien, des malades et de la famille de ces derniers, s'accordent ainsi parfaitement pour établir que la médication est véritablement efficace, qu'elle a eu un succès complet. Si l'on ajoute à ces sentimens, qui n'ont rien en eux-mêmes de répréhensible, les motifs dont l'ignorance et la mauvaise foi peuvent se servir, il sera facile de comprendre le vague, l'incertitude où la science en est encore sur ce point aujourd'hui, et le besoin réel de soumettre la question au flambeau d'une analyse rigoureuse, d'un examen sérieux.

Si on ne nous avait entretenu que d'une question purement scientifique, de science simplement spéculative, ou encore d'une de ces questions dont l'application reste confinée dans un très petit cercle, nous eussions pu la laisser dans l'ombre, garder sur elle un silence protecteur ; mais il s'agit d'un fait d'une extrême gravité, d'un fait qui, par la manière dont il a voulu s'imposer naguère un instant, a imprimé à la profession une secousse si vive, que le monde médical en est encore tout ému ; d'un fait ou plutôt d'un

problème dont la solution n'importe pas moins à l'ensemble de la société, à tout le monde, qu'à la science, aux praticiens, aux médecins proprement dits. Ajoutons que le chaos d'assertions, d'observations contradictoires invoquées à son occasion, et dont on assourdit depuis dix ans les Académies, renferme en réalité une inconnue, et que cette inconnue qu'il s'agit de dégager, de mettre à nu, qu'il faut absolument aborder, que cette *inconnue*, disons-nous, est *la vérité*.

Nous avons d'ailleurs pensé qu'il ne serait pas impossible d'atteindre le but, en faisant abstraction des individualités qu'on y a malheureusement rattachées, et qu'il appartenait à l'Académie de se placer pour juger un si grave sujet au-dessus des animosités, des petits amours-propres, des intérêts personnels enfin qui tendent à l'obscurcir, qui, faut-il le dire? sont déjà parvenus à discréditer le fond même du débat. Toutes ces raisons et d'autres encore nous ont donc empêchés de passer outre, et nous allons entrer, sans autre préambule, dans le cœur du sujet.

Notre marche, ici, est d'ailleurs toute tracée par la division du travail qui nous est soumis et que nous avons indiquée au commencement de ce rapport.

§ Ier. *Résultats cliniques fournis par la myotomie rachidienne.*

La ténotomie, en général, avait à peine pris droit de domicile dans la pratique, que déjà on avait songé aux applications variées qu'il serait permis d'en faire. Le fait capital une fois admis, il n'était pas douteux qu'on ne tarderait point à en tirer, à en indiquer du moins toutes les consé-

quences possibles. Aussi un jeune chirurgien de Strasbourg, M. Held, imprimait-il en 1836 que la ténotomie devait être appliquée *à toutes les difformités occasionnées par la rétraction musculaire*. « Nous pensons, dit-il, qu'une opération aussi simple et aussi légère doit être généralisée et *appliquée à tous les cas de difformité dépendant de la contracture ou du raccourcissement musculaire* » (Held, 1836, p. 50).

L'auteur, pour donner plus de force à sa proposition, souligne soigneusement la phrase que nous venons de citer. C'était là, comme on voit, une formule aussi générale que possible, et à laquelle les applications, quelles qu'elles soient, de la ténotomie échapperont difficilement.

Nous-même n'avons pas craint d'avancer en 1837 et 1838 que la ténotomie «s'applique ou peut s'appliquer à *tous* les tendons et aux muscles longs qui ne sont séparés de la peau par aucun organe important » (*Méd. opérat.*, tome 1er, page 538).

Toutefois, ce n'étaient encore là que des formules générales, embrassant la question dans toute son étendue, sans préciser d'une manière spéciale l'idée de la myotomie rachidienne. Mais cette idée, soit qu'elle ait été rendue publique antérieurement, soit qu'elle résulte de ses propres réflexions, fut introduite dans la presse par un chirurgien de Breslau, M. Pauli, au commencement de 1838 (page 377). Effectivement, M. Pauli, énumérant les bienfaits de la ténotomie, trouve qu'il serait rationnel de l'appliquer aux *déviations latérales de l'épine*, et ne voit pas pourquoi les muscles long dorsal, sacro-lombaire, grand dorsal, etc., ne seraient pas attaqués par la ténotomie dans certains cas de difformité de la colonne vertébrale. Aujourd'hui, les sup-

positions de M. Pauli se sont réalisées. Des faits nombreux permettent d'en juger, jusqu'à un certain point, le mérite.

Des exemples de myotomie rachidienne ont, en effet, été publiés, à l'heure qu'il est, par une foule de personnes. Outre ceux qui ont été annoncés en France, nous en avons trouvé une assez longue série à l'étranger. S'il fallait prendre à la lettre les observations qui les concernent, la valeur de la myotomie rachidienne serait du reste bientôt décidée. Ainsi :

M. Braid, qui pratique en Angleterre, a opéré quatre malades. Chez l'un, une courbure latérale *considérable* disparut *immédiatement ;* les trois autres, qui étaient âgés de 14, de 20 ou de 22 ans, ne furent pas moins heureux.

Un autre praticien anglais, M. Child, cite à son tour trois opérations semblables. L'un de ses malades avait une courbure de 9 centimètres de flèche ; les trois opérés n'en sont pas moins guéris, au dire de M. Child, et assez promptement.

M. Whithead n'a pas été moins heureux que les deux chirurgiens précédens, chez un jeune homme âgé de 20 ans ; il en est de même de M. Laycock, pour un autre cas.

M. Cooks, M. Hunter, ont aussi eu recours à la myotomie rachidienne avec succès.

Si de l'Angleterre nous passons à l'Allemagne, nous verrons, 1° que M. Klein de Greussen a réussi sur six malades, et que, dans deux cas, le redressement eut lieu *sur-le-champ*.

2° 24 sujets ont été traités de la sorte par M. Cammerer. Il semble même que ce dernier praticien ait divisé les tendons ou les muscles, non sur la concavité, mais sur la convexité de la courbure.

3° Un orthopédiste de Canstadt, M. Hein, cite 58 cas de ténotomie rachidienne, suivis de guérison chez 21 malades, et de simple amélioration chez les 37 autres.

A cette liste déjà longue, nous pourrions ajouter MM. Neumann, Behrendt, etc., qui relatent aussi des exemples de guérison obtenue par la myotomie rachidienne.

Un fait frappe de prime abord dans ces observations : c'est qu'elles sont si incomplètes, si vagues, qu'elles se réduisent véritablement à de pures assertions. Nulle part, on ne voit d'une manière précise le degré de redressement obtenu, l'indication exacte de la difformité avant l'opération, la preuve que les malades ont été soumis ensuite à un rigoureux examen.

Quand on voit, d'autre part, les opérateurs dire, comme s'il s'agissait de la chose du monde la plus simple, la plus naturelle, que des courbures énormes se sont dissipées à l'instant même par le fait de la ténotomie, il est bien permis de se demander si les auteurs de pareilles annonces ont parlé sérieusement, ont bien pesé toutes les conséquences du fait qu'ils avançaient.

De telles observations n'étaient pas de nature, on le pense bien, à élucider la question ; et comme il n'est pas possible de contrôler à Paris les faits publiés en Angleterre et en Allemagne, nous nous sommes vus, quoiqu'à regret, dans la nécessité de mettre de côté tous ces matri aux, pourtant si nombreux et, sans doute, d'une valeur absolue considérable. Nous n'en avons du reste que plus vivement senti le besoin de réviser les faits qu'il nous serait donné d'approcher matériellement.

Nous avons donc pris le parti de rechercher les personnes indiquées par M. Malgaigne comme ayant été traitées de

déviation latérale de l'épine, bien convaincus que c'était aujourd'hui le seul moyen de savoir au juste à quoi se réduisent les résultats acquis de la myotomie rachidienne.

Le relevé qui a servi d'indication première à M. Malgaigne annonce, il est vrai, 155 cas; mais sur ce nombre, il n'y en a que 57 qui aient été traités. Les autres n'ayant fait que passer dans le service ou à la consultation publique, M. Malgaigne ne s'en est pas occupé. Voulant procéder avec rigueur dans son appréciation, il a mis de côté : 1° les malades sortis depuis quatre ans; 2° ceux qu'il n'a point retrouvés; 3° ceux qui ont été opérés à la consultation; 4° ceux qui ont été opérés pour autre chose; 5° ceux qui sont restés moins de quarante jours à l'hôpital. Il ne tient ainsi compte en définitive que de vingt-quatre observations.

La commission n'est point parvenue sans peine à retrouver, à *voir* les jeunes filles dont il vient d'être question. Depuis leur sortie de l'hôpital, ces jeunes personnes ont été visitées un assez grand nombre de fois par divers médecins ou chirurgiens. Si elles se sont prêtées d'abord d'assez bonne grâce aux recherches dont elles étaient l'objet, il en est qui ont fini par en être plus ou moins contrariées, et même par s'y refuser nettement. L'auteur du mémoire n'a pu nous en amener que deux. Une circulaire adressée aux autres par le président de la commission en a fait venir deux nouvelles. C'est alors que, pour compléter notre travail, il a fallu nous rendre à leur domicile. Là nous avons appris que les unes n'avaient point répondu à notre invitation parce qu'elles étaient indisposées; d'autres parce qu'elles craignaient d'être examinées en public ou soumises à quelque nouvelle opération; d'autres par des motifs de pudeur ou de timidité faciles à comprendre; quelques-unes uniquement

enfin parce qu'elles ne se souciaient plus de montrer leur dos.

Pour rassurer l'Académie sur les risques prétendus qu'aurait courus sa dignité par ces visites domiciliaires, nous dirons d'abord que votre commission n'a été mal reçue nulle part. Dans un seul cas, le père de la jeune malade n'a voulu donner aucun renseignement. Partout ailleurs nous avons pu voir, examiner les jeunes filles elles-mêmes ou obtenir des parens les notions qu'ils pouvaient nous donner. Nous nous sommes procuré de la sorte une partie des éclaircissemens nécessaires à la solution du principal problème posé d'abord par M. Malgaigne, et nous avons acquis la certitude que, sous ce rapport, ses observations, à part quelques faits de détail d'un intérêt très secondaire, sont parfaitement exactes, qu'aucun des malades qu'il a cités n'a obtenu un redressement *complet* de sa difformité.

Pour savoir à quoi nous en tenir sur ce chapitre, nous avons d'ailleurs éprouvé d'assez grandes difficultés. Soit par défaut d'intelligence, soit par suite d'illusions, soit par crainte de l'opinion publique, soit par l'effet de suggestions étrangères, les malades ou les parens nous ont donné si souvent des renseignemens contradictoires, que nous avons bientôt reconnu la nécessité de ne guère en tenir compte. Avec quelques-uns, il suffisait de poser les questions plutôt de telle façon que de telle autre, pour que les réponses de la même personne fussent tout-à-fait opposées à deux minutes de distance. Chez d'autres, la mère parlait souvent dans un sens et la fille d'une manière toute différente; de telle sorte qu'il n'eût point été difficile de leur faire certifier le blanc et le noir alternativement. Du reste, comme nous cherchions uniquement à savoir si leur colonne était droite ou

non, nous avons fini par faire abstraction de ce que pouvaient nous dire les personnes intéressées, et par ne nous en rapporter qu'au témoignage de nos yeux en ce qui concerne les faits susceptibles d'interprétations diverses.

Ajoutons que certaines de ces pauvres jeunes filles ont paru effrayées de la publicité qu'on pourrait donner à leur observation. Sous ce point de vue, les craintes de quelques-unes d'entre elles nous ont même portés à taire dans notre travail leur nom et leur adresse, à ne les désigner que par le numéro qu'il nous a fallu leur appliquer. Ainsi les n[os] 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, qui correspondent à la majeure partie des observations de M. Malgaigne, représentent autant de jeunes filles qui ont été traitées à l'hôpital et dont l'épine vertébrale n'est certainement pas droite.

S'ensuit-il que la myotomie rachidienne n'ait été utile à aucun de ces malades? Non, sans doute. S'il est vrai que plusieurs des jeunes opérées soient maintenant aussi difformes ou plus difformes qu'avant l'opération, il l'est aussi que la déviation de quelques autres a notablement diminué.

C'est là un fait que M. Malgaigne s'est d'ailleurs plu tout le premier à signaler. Mais une autre difficulté se présente. La question est complexe ici : les malades traités par la myotomie ont été soumis aussi à l'emploi des lits, des machines, des corsets orthopédiques ; et qui peut dire que l'amélioration constatée n'appartient pas aux moyens mécaniques simples, plutôt qu'à la ténotomie? L'embarras est d'autant plus sérieux que, d'après certains orthopédistes, les déviations *du premier et du second degré sont presque toutes complétement curables* par les ressources simples de la mécanique ou sans opération.

Nous sommes obligés de l'avouer, il y a là un obstacle presque insurmontable, et nous craignons bien qu'on ne soit de long-temps en mesure de faire la juste part, dans ces traitemens complexes, et de la myotomie et des autres moyens employés concurremment.

S'il était vrai, par exemple, que les résultats de la ténotomie ne fussent pas plus avantageux ailleurs que chez les malades observés par nous, si, en d'autres termes, ce que nous avons vu devait être considéré comme le type, comme la moyenne de ce que peut produire l'opération, on ne s'éloignerait guère de la vérité en concluant que cette opération est inutile ; car il est incontestable que, dans les établissemens où les déviations sont traitées sans l'intervention de la ténotomie, on obtient des résultats au moins aussi avantageux que ceux qu'il nous a été donné de constater.

§ 2. *La myotomie rachidienne est-elle une opération rationnelle?*

Quand même il serait démontré que la ténotomie n'a été d'aucun secours dans les cas cités par M. Malgaigne, nous ne serions pas en droit de refuser pour cela toute efficacité à cette opération. Il se peut, en effet, que des malades plus ou moins heureux existent, quoiqu'ils n'aient été rencontrés ni par l'auteur du mémoire ni par nous. Il se pourrait aussi que l'opération eût été sans succès entre les mains d'un praticien, quoiqu'elle fût susceptible d'une grande efficacité étant pratiquée par d'autres. Il y a donc lieu d'examiner jusqu'à quel point elle est d'ailleurs rationnelle, d'accord avec les principes de l'anatomie pathologique et de la mécanique.

Nous trouvons, comme M. Malgaigne, que la théorie de Méry ou de Morgagny et de Delpech, qui tend à rapporter les déviations du rachis à une contracture des muscles, soit sous l'influence d'une lésion des centres nerveux, soit par toute autre cause, n'est soutenable que pour un certain nombre de cas; mais nous n'admettons pas que les courbures rachidiennes restent dépourvues de raideur musculaire chez tous les sujets.

Dans les difformités latérales de l'épine trois faits ne doivent jamais être perdus de vue :

1° Une courbure du rachis en entraîne ordinairement une ou deux autres en sens inverse.

2° Dans les déviations de l'épine, le corps des vertèbres ne tarde pas à se déplacer, à subir un mouvement de rotation qui l'éloigne de la ligne médiane et de la direction des apophyses épineuses.

3° Les muscles ou les tendons placés dans la concavité des courbures finissent généralement, quand même ils ne seraient point affectés de contracture active ou convulsive dès le principe, par se raccourcir secondairement, pour se mettre en rapport avec la nouvelle forme et la longueur nouvelle de la colonne épinière.

Pour que les trois courbures dépendissent de la rétraction des muscles, ne faudrait-il pas admettre que le muscle sacro-lombaire ou le long dorsal qui jouerait le principal rôle dans cette difformité, fût rétracté, contracturé ou raccourci sur différens points alternes et opposés de sa longueur à droite et à gauche? On conçoit combien une pareille supposition est peu plausible, peu satisfaisante pour l'esprit.

Les muscles qui viennent d'être nommés, étant formés

d'une infinité de faisceaux, distincts par leurs tendons, permettraient, à la rigueur, de comprendre qu'un ou plusieurs de ces faisceaux puissent se raccourcir quand les autres restent souples; mais, si cela était, il devrait, ce me semble, en résulter une courbure unique, et non les trois courbures qu'on observe presque constamment chez les personnes affectées de déviation latérale de l'épine.

Quant à la rotation du corps des vertèbres, c'est, il faut bien en convenir, l'obstacle le plus grand au redressement de la colonne, obstacle tel, qu'arrivé à un certain degré, il rend ce redressement, sinon tout-à-fait impossible, du moins très difficile. Aussi, les chirurgiens qui ont fait une étude approfondie de l'anatomie du rachis et des formes que revêt cette colonne dans le cas de déviation de la taille ne se font-ils que difficilement illusion sur la puissance de l'art en pareil cas.

Il est vrai que si les muscles des gouttières vertébrales se trouvent raccourcis, n'importe comment, on ne voit pas pourquoi, *à priori*, leur section ne serait pas invoquée dans le traitement des déviations de l'épine; pourquoi, en divisant ces muscles, on ne rendrait pas plus facile l'action des machines et autres ressources orthopédiques dont l'utilité a déjà été sanctionnée par la pratique. Seulement il importe de ne pas s'abuser sur la valeur de la ténotomie en pareil cas, de ne s'y décider qu'autant qu'il aura été possible de constater *matériellement* l'existence de cordes raides ou tendues sur le côté concave de la déviation, non pas sous l'influence de certaines attitudes actives, mais bien pendant que, par un effort extérieur, on cherche à redresser la courbure.

Il faut songer encore à cette particularité, savoir, qu'a-

près avoir coupé un vaisseau du sacro-lombaire, dans un point, je suppose, on peut craindre que d'autres faisceaux du même muscle soient raccourcis ailleurs ou plus profondément; que la même chose peut être dite du long dorsal, du transversaire épineux, etc.

On ne devrait point oublier non plus que, si les muscles dont les points d'attache ont été rapprochés par les courbures de la colonne vertébrale jouent ici un rôle, il en doit être de même des tissus fibreux, des ligamens en particulier. En détruisant la résistance de quelques cordes musculaires, on ne fait, au demeurant, disparaître qu'un des points, qu'un des élémens de la maladie, des obstacles au redressement du rachis.

Relativement aux *inconvéniens*, aux *dangers* de l'opération, sans les nier absolument, nous croyons pourtant qu'ils se réduisent généralement à peu de chose. Nous ajouterons même que la ténotomie, au point de vue du Manuel opératoire, est plus facile et moins redoutable encore le long du rachis que partout ailleurs. Là, point de vaisseaux volumineux, point de gaînes fibreuses ou synoviales, point de nerfs, rien d'important, en un mot, qui puisse être atteint par l'instrument; de la peau jusqu'aux os, il n'y a réellement que les tissus celluto-fibreux et musculaires, et par conséquent impossibilité de se fourvoyer en opérant; aucun ménagement délicat à prendre en manœuvrant avec le couteau.

Si dans ce point, comme ailleurs, il peut se faire des épanchemens de sang, si l'érysipèle et la suppuration peuvent prendre la piqûre pour point de départ, il est certain que ce sont des accidens rares et dont la gravité n'a rien eu de sérieux jusqu'à présent. Quant à la douleur dont quelques

jeunes personnes ont parlé et à la faiblesse qui a persisté chez quelques autres, elles ne constituent pas un accident assez fréquent, assez gênant pour contre-indiquer l'opération, si l'efficacité de cette dernière était d'ailleurs bien démontrée.

Résumé.

1° Les observations contenues dans le mémoire de M. Malgaigne sont très exactes.

2° Ces observations se rapportent à des sujets traités pendant plus ou moins long-temps pour des déviations latérales de l'épine qui persistent encore.

3° Ce résultat, contraire à ce qui a été dit en France, à ce que quelques praticiens semblent croire, n'est pas d'accord non plus avec les résultats annoncés, soit en Angleterre, soit en Allemagne, par un certain nombre de chirurgiens.

4° Les faits publiés à l'étranger sont trop incomplets, trop vaguement exposés, trop contraires à ce qu'indique l'anatomie pathologique et la mécanique pour inspirer une grande confiance.

5° Dès-lors il y a lieu de n'accepter aucun fait de ce genre sans l'avoir soumis à un contrôle rigoureux et *authentique*.

6° Rien, jusqu'à présent, ne justifie l'opinion de ceux qui attribuent *le plus grand nombre des courbures latérales du rachis* à une rétraction convulsive ou active du système musculaire.

7° Le raccourcissement secondaire de certains muscles dans la concavité des courbures doit cependant empêcher

de rejeter, *à priori*, la myotomie rachidienne d'une manière absolue.

8° Cette opération n'expose d'ailleurs qu'à de très légers inconvéniens.

9° Les effets de la ténotomie ont d'autant plus besoin d'être surveillés ici, qu'il n'est pas possible de les invoquer seuls, que les moyens mécaniques doivent toujours leur venir en aide.

10° Immédiatement après l'opération, du sang infiltré, une tuméfaction traumatique quelconque pourrait, à la rigueur, en imposer, en comblant momentanément la concavité de la courbure.

11° S'il est vrai que les déviations latérales du rachis soient susceptibles d'être *simulées*, il l'est aussi qu'elles peuvent être *dissimulées*, jusqu'à un certain point, par de certaines attitudes.

12° Aussi les plâtres, pris sur nature, avant et après le traitement, sont-ils loin d'avoir, en pareil cas, la valeur que quelques personnes leur attribuent.

13° Il faut dire encore que, d'après nos recherches, l'amélioration qui a semblé résulter de la myotomie ou des moyens orthopédiques qu'on y avait associés, ne s'est pas toujours maintenue, que, souvent même, elle a fini par disparaître complétement.

14° Une dernière remarque, c'est que, chez nombre de jeunes filles, l'amélioration qui a fini par se manifester a pu dépendre autant des efforts spontanés de l'organisme, des progrès de l'âge, des exercices gymnastiques, d'un plus grand embonpoint amené par le régime, etc., que de la myotomie ou des extensions qu'elles avaient subies.

Conclusions.

Au demeurant, nous croyons être justes en déclarant :

1° Que M. Malgaigne a bien mérité de la pratique en montrant, sous leur véritable jour, des faits présentés jusque-là d'une manière inexacte ou incomplète ;

2° Que des remercîmens lui sont dus pour avoir fait ressortir de ces faits des vérités dont la connaissance n'importe pas moins à la sécurité des familles qu'à la science et à la dignité de notre profession ;

3° Qu'il convient d'imprimer son travail dans le prochain volume des Mémoires de l'Académie.

LUXATION SCAPULO-HUMÉRALE,

survenue pendant le sommeil,

Par M. le docteur GELY.

M. P...., avocat, âgé de 28 ans, grand, mince, d'une constitution sèche mais débile, jouit habituellement d'une bonne santé et n'a jamais été atteint d'affection qui puisse expliquer l'accident qu'il vient de présenter.

Dans la nuit du 21 octobre, il se réveilla avec une douleur dans l'épaule droite et une impossibilité presque absolue de mouvoir le bras. Le malade soupçonna de suite qu'il s'était luxé l'épaule en dormant, parce qu'un semblable accident lui était arrivé à l'épaule opposée quelques années auparavant, pendant un voyage.

Le docteur M...., appelé près de lui, reconnut facilement une luxation en avant, et envoya chercher un confrère, M. le docteur L....,qui diagnostiqua également la luxation humérale.

La réduction fut tentée avec le secours de quelques voisins, d'abord par le procédé de Mothes, ensuite par le procédé

de Desault ; mais ces tentatives demeurèrent infructueuses.

Je fus alors appelé par mes confrères à quatre heures du matin. Il me fut facile de me convaincre de la réalité de la luxation.

Le deltoïde était aplati. Sa flaccidité permettait pour ainsi dire d'arriver jusque dans la cavité glenoïde. L'humérus était dévié ; le coude écarté du corps et porté un peu en arrière. L'extrémité supérieure de l'os était au contraire dirigée vers l'angle antérieur de l'aisselle. On ne parvenait à toucher la tête qu'en portant profondément le doigt dans l'aisselle et en relevant le coude.

On voyait d'une manière assez sensible le relief formé par la tête dans la région sous-claviculaire. Les mouvemens imprimés à l'humérus étaient communiqués à cette tumeur. Un craquement se faisait entendre dans certains mouvemens ; il n'y avait aucun doute possible sur la nature de l'accident, et la luxation paraissait être sous-claviculaire.

Des tentatives de réduction furent recommencées d'abord par le procédé d'élévation, ensuite par l'ancien procédé. Elles demeurèrent sans succès. La tête descendait cependant sous l'empire de ces efforts, mais elle remontait aussitôt. On peut constater que, pendant l'extension, le deltoïde restait mou et comme paralysé. Le grand dorsal et surtout le grand rond étaient au contraire fortement tendus. Le grand pectoral l'était aussi.

Une dernière tentative fut faite avec beaucoup de méthode et en fixant la contre-extension à un point solide, un des aides étant employé à l'extension. Celle-ci se fit d'abord de haut en bas et l'on éleva graduellement le bras à mesure que la tête descendait. Enfin le coude fut porté rapidement en haut et en avant.

Aucun bruit ne s'était fait entendre; cependant la luxation se trouva réduite et les phénomènes indiqués ci-dessus entièrement dissipés.

COUP-D'ŒIL PRATIQUE

Sur le traitement abortif de la blennorrhagie par les injections caustiques d'azotate d'argent.

Par M. Venot, chirurgien de l'hospice des vénériens de Bordeaux.

M. Debéney a publié un travail sur le traitement abortif de la blennorrhagie.

Le chiffre des malades traités par M. Debéney s'élève à 85. Sur ce nombre divisé en trois catégories :

26 étaient à l'invasion de la blennorrhagie ;

32 de cinq à quinze jours du début;

27 se trouvaient à une distance de quinze à trente jours et au-delà.

Aucun accident n'a troublé la médication de M. Debéney dans ces quatre-vingt-cinq cas, dont dix-sept ont été perdus de vue par lui (il l'avoue) et deux seulement n'ont pas guéri.

Certes, voilà une statistique appuyée sur des élémens irréfutables; la méthode numérique, malgré ses détracteurs, étant la plus certaine de toutes les argumentations, il n'y a rien à objecter à des tables dressées avec une semblable exactitude; et l'écrivain qui procède de cette manière, qui s'abstient de raisonnement en faveur d'un calcul tout-à-fait arithmétique, ne peut qu'imposer ses convictions et les voir bientôt universellement adoptées. Tel pourtant n'a pas été le

sort des opinions de M. Debéney : depuis un an que son mémoire, accueilli avec une faveur singulière par la presse médicale, a mis en relief des faits et une théorie que leur étrangeté devait au moins soumettre au contrôle de la pratique, on a lieu de s'étonner du défaut d'expérimentations favorables ou contraires, publiées par les hommes qui font autorité dans l'espèce (1). J'ai attentivement compulsé les travaux de diverse nature qui, depuis onze mois, ont émané des sources où s'entretient et se renouvelle le spécialisme parisien et départemental, rien encore d'afférent aux considérations de M. Debéney ne m'est apparu. Est-ce que les partisans de la cautérisation immédiate des chancres ont reculé devant la cautérisation de l'urèthre enflammé? est-ce que des résultats négatifs ou sans portée ont condamné au silence ceux qu'un penchant quelconque aurait pu entraîner vers la vérification des chiffres cités plus haut? Je ne sais, mais jusqu'à ce jour les journaux ne m'ont rien appris à ce sujet.

Pourtant il est essentiel de donner quelque évidence aux faits nouveaux, à moins qu'on ne veuille les adopter sans examen. J'ai donc, pour ma part, cherché, par quelques tentatives, à mettre dans leur complète valeur les idées et les observations du docteur Debéney. Placé favorablement, j'ai, dès le mois d'octobre 1843, sur trois malades, personnifiant les trois classes d'uréthrite dans lesquelles l'auteur s'est circonscrit, suivi les indications qu'il fournit. L'insuccès, je di-

(1) La méthode du traitement de la blennorrhagie par les injections à haute dose a été employée à Paris avant et après la publication du travail de M. Debéney; j'ai, pour ma part, recueilli un bon nombre d'observations que je publierai quand mon interne me les aura remises. Je puis dire d'avance qu'elles viennent à l'appui de ce qui est avancé dans l'intéressant travail de M. Venot. A. V.

rai les accidens de ces premiers essais, ont fait que je ne me suis pas hâté de les publier. La saison de l'année, l'exiguïté du nombre des malades, l'inexpérience (peut-être) de l'emploi du moyen, me firent ajourner et ce genre de contrôle et les conclusions que j'en devais tirer. Au printemps, j'ai repris ce traitement abortif avec plus de suite ; j'ai multiplié les expérimentations et je puis, avec connaissance de cause, opposer des assertions et des chiffres aux chiffres et aux assertions de l'honorable aide-major du 12e.

Dans les vingt-six cas de blennorrhagie au début, traités par M. Debéney, l'injection est formulée ainsi : 30 grammes d'eau et 6 décigrammes d'azotate d'argent cristallisé. C'est ce liquide que j'ai mis en usage.

Dans la plupart des faits dont je vais retracer le rapide historique, je dirai les modifications que j'ai, dans quelques circonstances, cru devoir faire subir à la composition du liquide injecté ; modifications qui, du reste, ont été calquées fidèlement sur les instructions du mémoire lui-même. On m'objectera sans doute que les observations qui vont suivre sont inférieures en nombre à celles du docteur Debéney ; mais je les crois assez concluantes pour être placées en regard du faisceau considérable auquel je viens les opposer ; elles ont été consciencieusement entreprises et nulle prévention n'a présidé à leur rédaction, reflet trop littéral peut-être de ce qu'elles ont été.

Ire *Observation.* — Paul Laroche, ouvrier chaudronnier, vingt-et-un ans, pâle, quoique assez fort et musculeux, se présente à la clinique de l'hospice des vénériens, le lundi 16 octobre 1843. Depuis la veille au soir il éprouve un prurit assez vif au méat urinaire, s'étendant à 20 centimètres environ dans la cavité de l'urèthre ; en pressant le gland qui, à son sommet, offre une auréole rouge assez prononcée, Paul Laroche fait jaillir une gouttelette d'un

iquide semi-transparent, blanchâtre, qui file au doigt. Il y a douloureuse émission des urines, et chatouillement incommode au-dessous de la fosse naviculaire après leur sortie. Le consultant n'offre aucun autre symptôme local ou général (ceci est essentiel à noter); il fait remonter au 6 octobre (dix jours avant) le coït impur, cause de l'uréthrite commençante dont il est porteur. Admis *illicò*, je lui prescris un bain, à l'issue duquel je le soumets à une injection caustique, avec la précaution de comprimer le périnée, malgré l'assurance donnée par M. Debéney qu'aucun accident ne peut survenir par la pénétration du caustique dans la vessie.

Les phénomènes locaux et immédiats de cette injection sont les suivans : sensation d'un liquide froid qui remplit l'urèthre, puis, quarante ou cinquante secondes après, douleur atroce qui retentit le long des cordons et monte jusqu'aux lombes; le malade se croit en proie à une souffrance mortelle; il éclate, il jure, et durant vingt minutes il a grand'peine à se contenir. Des lotions froides, fréquemment renouvelées, puis un bain de siége froid, calment à peine l'exaspération de cette douleur qui ne devient tolérable qu'au bout de deux heures et après l'administration d'une émulsion fortement camphrée. La verge est en demi-érection, chaude et très sensible au toucher, surtout le long du calibre uréthral. Le malade éprouve un malaise et une appréhension d'uriner qui, vers le soir, sont accompagnés d'une abondante évacuation de matière blanche épaisse; l'urine suit avec un sentiment de cuisson, d'ardeur incroyable; elle coule goutte à goutte, et comme du plomb fondu, pour parler le langage du malade. Le soir fièvre, insomnie, réveil de la douleur locale; les besoins d'uriner sont incessans, quelques gouttes de sang paraissent au méat urinaire. — Nouveau bain le matin prolongé de deux heures. A midi, excrétions nouvelles de matières pelliculeuses, de débris de l'épithélium du canal : les urines coulent mieux; mais produisent toujours la plus affreuse douleur. Trente-six heures après l'injection, il n'y a chez Paul Laroche que des amendemens courts et rares. L'urèthre est le siége d'un écoulement épais et abondant, et voyant dès-lors que ce cas ne peut s'encadrer dans le chapitre du mémoire intitulé : *Cas où une seule injection caustique a suffi pour supprimer l'écoulement,* désespérant de le placer à

côté des quatorze observations de ce genre citées par l'auteur, je me disposais à suivre ponctuellement les règles du deuxième chapitre : *Cas de guérison après deux injections, à vingt-quatre heures d'intervalle*. Mais le malade opposa une énergique résistance à l'administration nouvelle du remède; il ne voulut, sous aucun prétexte, subir une seconde injection, et préféra guérir lentement (quarante-deux jours) par les moyens ordinaires auxquels les antiphlogistiques et les sangsues furent joints dans une juste proportion. Son horreur pour les injections fut telle qu'au déclin de sa blennorrhagie, il refusa même l'emploi de celle dont l'acétate de plomb très étendue forme le principal élément et qui termine, à l'hospice, le traitement usuel de toutes les blennorrhagies.

II[e] *Observation*. — Un Espagnol, réfugié, avait depuis huit jours une blennorrhagie avec les caractères ordinaires à cette époque de l'invasion, lorsqu'il entra, le 25 octobre, à l'hospice des vénériens. Le 26 au matin, injection caustique d'après les règles tracées plus haut. Les mêmes phénomènes immédiats se déclarent. Pourtant le malade témoigne une moins vive douleur que dans le cas précédent. La nuit est calme, et dans la matinée du lendemain seulement surviennent les évacuations pelliculeuses et l'émission goutte à goutte d'une urine brûlante. La gonorrhée paraît avoir cessé; mais une sorte de raideur insolite tient le pénis tout entier qui est chaud et sensible. Le soir retour de l'écoulement, avec même assez d'abondance; aussi, le 28 au matin, après un bain de deux heures, je pratique une seconde injection.

Cette fois, douleur subite et fort intense; le malade est mis au bain; émulsion camphrée. Aucune atténuation notable ne se manifeste de la journée. La nuit, fièvre, agitation, céphalalgie ténesme vésical amenant de petites quantités d'urine sanguinolente. Saignée du bras de 300 grammes. Boissons mucilagineuses nitrées. Cataplasmes laudanisés froids. Diète absolue.

Le 29, dans un effort d'uriner, abondante hémorrhagie par l'urèthre; le sang est rutilant, épais, écumeux, comme artériel. Une syncope amène la cessation de ce phénomène que je regrettai de voir enrayé. Plus tard des caillots de sang noir continuèrent à sortir du canal, acccompagnant de plus faibles urines. Le flux

blennorrhagique ne tarda pas à se rétablir et à continuer comme si aucun moyen perturbateur n'avait été mis en usage.

IIIe *Observation*. — Cadet Blanc, charretier, quarante-sept ans, d'une constitution débilitée par des excès et des maladies nombreuses, était à l'hospice depuis les premiers jours de juin 1843, pour une blennorrhagie non syphilitique ; malgré les antécédens vénériens de plus d'un genre, lesquels m'avaient suggéré l'idée d'un traitement spécifique, consécutif au traitement simple, ni l'un ni l'autre n'avaient pu vaincre cette blennorrhée chronique ; aucun autre symptôme qu'un écoulement blanc, épais, considérable par intervalle, presque nul dans d'autres cas, ne signalait cette uréthrite contre laquelle le système des injections astringentes, de copahu (formule Choppart), et des bougies irritantes de M. Serre, d'Uzès, avaient également échoué. Ce dernier agent avait bien ravivé pour quelques jours l'inflammation, mais les choses n'avaient pas tardé à reprendre leur allure primitive.

Le 15 octobre, je soumets Cadet Blanc à une première injection caustique. Douleur atroce : et, au bout d'une heure, fièvre précédée de frisson. Le flux uréthral est arrêté. Le malade souffre beaucoup, mais ne coule plus.

Le 17, frisson vers midi. Fièvre. Transpiration moiteuse.

Le 18, mieux général. L'urèthre est toujours douloureux, mais sec. Un bain : 60 grammes d'huile de ricin pour combattre la constipation qui dure depuis le jour de l'injection.

Le 19, pas de fièvre, pas d'écoulement ; une douleur avec tuméfaction et rougeur se manifeste aux malléoles internes. Les deux pieds sont pris. Il est impossible au malade de se lever. — Quinze sangsues autour de l'articulation tibio-tarsienne.

Le 20, l'artrite a quitté les pieds ; les deux genoux sont à leur tour le siége d'une douleur inflammatoire assez vive. L'urèthre continue d'être en assez bon état. Pas de fièvre. — Vingt sangsues sur les condyles internes des fémurs.

Le 21, il y a moins de douleur, de gonflement articulaire, mais les mouvemens sont difficiles et bornés ; plus de gonorrhée. — Le malade est mis dans un demi-bain à vapeur. Au bout de vingt minutes, une faiblesse oblige à suspendre l'action de ce moyen. — Sueurs copieuses toute la nuit.

Le 22, les articulations fémoro-tibiales ont repris leur pre-

mière douleur ; l'urèthre sécrète quelques gouttes d'un muco-pus verdâtre, signe certain d'un retour favorable. Les jours suivans, l'excrétion blennorrhagique prend un caractère tout-à-fait décisif ; les choses se rétablissent complétement comme avant le traitement abortif : seulement après les derniers jets d'urine, une douleur prurigineuse de presque tout le canal persiste encore pendant quinze jours au moins.

Cadet Blanc, pensionnaire de l'hospice, en est sorti quelques jours avant Noël, conservant, malgré tout, ce qu'on appelle communément la *goutte militaire*. L'insuccès de ces trois essais n'était pas de nature à m'en faire tenter d'autres ; néanmoins, par les motifs signalés plus haut, je ne fis qu'en ajourner la suite, et dès le mois de mars je repris cet attentif examen, afin d'avoir le dernier mot sur une méthode préconisée par son auteur avec une si imposante autorité de faits.

IV[e] *Observation*. — Jules D....., dix-neuf ans, commis, prend une gonorrhée pour laquelle je suis consulté le deuxième jour de l'invasion (7 mars 1844). Il y a peu de douleur encore, mais le flux uréthral est assez abondant. Je conseille la cautérisation abortive, en en détaillant avec soin les avantages et les inconvéniens à la famille. Ce jeune homme, fils d'artisans laborieux, devait très prochainement partir pour les Antilles. La perspective d'une longue maladie effrayait lui et les siens ; le moyen fut adopté. J'injectai alors dans l'urèthre avec une seringue en cristal un liquide composé de 50 centigrammes d'azotate d'argent sur 30 grammes d'eau distillée. Les phénomènes ordinaires et immédiats se manifestent. La douleur est extrême, elle remonte vers les aines par les cordons avec une effrayante intensité qui, pendant une heure et demie, met le malade et les assistans dans un très pénible émoi.

La nuit est mauvaise, fébrile ; une sorte de priapisme et de besoin continuel d'uriner empêche le malade de dormir. A cinq heures du matin, après des efforts violens et réitérés, il se déclare une uréthrorrhagie abondante que réprime l'immersion du pénis et des bourses dans l'eau froide. La susceptibilité des aines reprend un nouveau degré de violence, bientôt deux adénites marronnées se dessinent dans le pli de la cuisse ; le lende-

main ces gonflemens sont de véritables bubons, dont la marche vers la terminaison purulente s'est rapidement opérée. Dix jours après l'injection caustique, j'ouvrais avec la lancette ces deux tumeurs inguinales, abcès évidemment métastatiques, car la blennorrhagie essentiellement avortée n'a plus flué par l'urèthre. Ce canal est demeuré long-temps sensible au cours de l'urine et à l'érection nocturne.

Ve *Observation.* — Un marin danois entre le 10 mars dans mon service. Il a une uréthrite à flux abondant, peu douloureuse, et qui date de sept à huit jours. — Injection avec le liquide à 50 centigrammes d'azotate ; symptômes de la cautérisation, bientôt suivis de l'excrétion pelliculeuse. L'écoulement blennorrhagique reparaît le lendemain, nouvelle injection. Le soir, petit frisson, fièvre la nuit. Priapisme, gouttelettes d'urine brûlante fréquemment rendues. Le lendemain, rougeur des conjonctives, blépharite rapidement très développée. — Saignée du bras, sangsues à l'angle externe des yeux ; introduction de la sonde irritante de M. Serre, d'Uzès, dans l'urèthre.

Le 14 mars, le muco-pus uréthral a reparu, mais l'ophthalmie blennorrhagique persiste. Il a fallu trois semaines de soins assidus et variés pour vaincre ce transport inflammatoire sur la muqueuse du globe oculaire.

VIe *Observation.* — Ici, c'est sur l'enveloppe cutanée de la verge que s'est portée la délitescence. Il s'agit d'un commis voyageur qui, lié avec un pharmacien militaire, se laissa injecter par lui avec un liquide à 75 centigrammes d'azotate. Une sorte d'érysipèle avec phlegmasie se développa le soir même de l'administration du remède. Mandé par ce malade le 4 avril, je m'empressai de recourir au traitement antiphlogistique le plus complet. La saignée générale, les bains, les onctions mercurielles belladonées, les cataplasmes. L'écoulement reparut et fut guéri par les capsules de copahu prises comme moyen de seconde période.

VIIe *Observation.* — Daniel V....., colporteur, quarante ans. Gonorrhée à quinze jours de date. Injecté à 50 centigrammes le 25 mars. Uréthrorrhagie légère, puis orchite assez vive. Les deux testicules sont successivement phlegmasiés. Traitement largement antiphlogistique. Retour de la blennorrhagie dix jours après sa suppression. — Nouvelle injection caustique. Orchite

violente cette fois, avec rougeur inflammatoire du scrotum, tension atrocement douloureuse du cordon, fièvre, etc. — Saignée de 500 grammes ; onctions bellado-napolitaines, diète absolue; demi-bain de deux heures de durée. Abaissement lent et graduel de l'inflammation (dix-sept jours). La blennorrhagie a reparu.

VIIIe *Observation.* — Un journalier d'Eysines est porteur d'un écoulement chronique et négligé. Depuis près d'un an, il a néanmoins passé par toutes les éventualités d'une blennorrhagie que les influences diverses du régime peuvent amener chez un homme de travail, mal nourri, se livrant par intervalles à des copulations peu ménagées. Quand le malade arrive à l'hospice (le 15 avril), il est porteur d'un flux blanc, assez considérable, sans douleur ni rougeur au méat, l'urine coule librement. Il n'y a pas d'érection nocturne.

Le 17 au matin, injection à 50 centigrammes. Il y a production d'une douleur assez vive, mais passagère, qui va s'affaiblissant assez vite pour disparaître tout-à-fait vers quatre heures de l'après-midi. Le soir, après quelques débris d'épiderme muqueux, la matière de l'écoulement premier reparaît et continue à fluer durant la nuit.

Le 18, à ma visite, je pratique une deuxième injection, en portant cette fois l'azotate à 1 gramme, selon les indications de M. Debéney. Deux minutes après, développement des effets directs du caustique. Le malade ne peut rester en place, un sentiment d'ustion profonde lui arrache des plaintes bruyantes que ne peuvent calmer toutes nos exhortations. Il accuse surtout une vive douleur à la région prostatique, malgré la précaution, toujours bien observée, de faire comprimer le périnée pendant l'opération.

Mis dans un bain de siége émollient froid, l'injecté s'apaise néanmoins, et supporte plus patiemment le retentissement douloureux qui, depuis le col de la vessie jusqu'aux anneaux inguinaux, le met à une si rude torture. Le soir il y a presque du calme, après quelques cuillerées de l'émulsion camphrée. Dans la suite, au milieu de beaucoup de sang, sort une masse de matières épaisses, membraniformes ; ce regorgement uréthral est

suivi d'une véritable hémorrhagie qui dure plusieurs heures malgré les lotions froides et la limonade.

Le 19, des nodosités douloureuses se forment sous l'urèthre, qu'elles semblent embrasser vers le pénis. Une sorte de paraphymosis rejette au-delà de la couronne du gland le prépuce, qui est rouge, enflammé, très distendu. Cet état, d'abord purement inflammatoire, résiste aux moyens variés du système antiphlogistique local et général que j'emploie pendant trois ou quatre jours. Des accidens dysuriques fâcheux se joignent à cette localisation plus fâcheuse encore. L'urine n'est excrétée que goutte à goutte, elle brûle, elle arrache des cris au malade. Aux saignées du bras, aux sangsues mises plutôt à l'anus qu'au périnée dont la peau participe, elle aussi, à la rougeur inflammatoire de tout le canal, aux boissons nitrées rares, aux demi-bains long-temps prolongés, aux cataplasmes de riz laudanisés, etc., je joins le précepte de M. Ricord qui recommande d'examiner avec soin ces abcès noueux pour, aussitôt que la fluctuation y paraît, en faire l'ouverture. Deux incisions sont pratiquées le 24 sur les points les plus ramollis de cette sorte de chapelet; un pus sanguinolent et liquide s'en échappe. La tumeur noueuse ne tarde pas à s'affaisser, et un pansement méthodique avec l'introduction d'une petite mêche de charpie dans les plaies, les fait pendant huit jours suppurer sans qu'aucune complication fistuleuse avec l'urèthre ne se déclare (Circonstance que j'avais redoutée, vu l'intensité de l'inflammation et les préludes de rétention d'urine que j'ai plus haut mentionnés).

Le malade est sorti de l'hospice le 16 mai. Je l'ai revu il y a peu de jours, sa vieille gonorrhée n'a redonné aucun signe d'existence.

Je pourrais continuer l'analyse détaillée de quatorze autres observations; car j'ai vingt-deux fois persisté dans mes sollicitations pratiques sur le traitement dont il est question. Mais, outre la fatigue inévitable que je causerais par des redites, il serait fastidieux pour moi-même de faire la continuelle énumération de faits presque analogues à ceux que

je viens de retracer. J'ai pris les plus saillans, les plus différentiels, pour montrer des résultats que je puis grouper ainsi qu'il suit pour les quatorze restant :

Cas dans lesquels l'injection abortive a déterminé l'orchite aiguë. 5

Cas où deux injections ont été employées, la première ayant été nulle dans ses effets, et la seconde ayant déterminé des posthites et des abcès uréthraux.. . . . 4

Cas d'ophthalmie blennorrhagique.. 2

Cas d'adénite inflammatoire (sans suppuration). . . 2

Cas de rhumatisme articulaire des deux poignets (modéré) avec retour de la blennorrhagie. 1

TOTAL. 14

Dans chacun de ces cas, il y a eu en outre pissement de sang plus ou moins notable, dysurie, symptômes de priapisme, etc., et vingt fois sur vingt-deux retour de la blennorrhagie après un laps de temps variable. Cette dernière considération est capitale.

REVUE CHIRURGICALE.

Rupture d'un kyste hydropique ; épanchement dans l'abdomen, résorption ; par M. le docteur L. Bessières.

Parmi les organes qui, par la nature de leurs fonctions, semblent être destinés à des actes d'élimination et de sécrétion dans certains cas de crise ou de maladie, quatre principaux doivent fixer l'attention des praticiens : les reins, les intestins, la peau et les poumons. Ces organes se suppléent mutuellement ; il est quelquefois bien difficile de dire *à priori* quel est celui que, dans une maladie, la nature chargera spécialement de cette fonction. L'âge, la constitution, le climat, la saison, l'état des organes eux-

mêmes, l'intensité de l'affection, et bien d'autres circonstances que nous ne saurions souvent apprécier, déterminent une crise vers un point de l'économie, tandis que nous l'excitions, nous la favorisions et nous l'attendions dans un autre.

Aussi, il nous arrive parfois d'être surpris au milieu d'une thérapeuthique qui nous paraît *rationnelle et physiologique*.

Ne voit-on pas des catarrhes survenir avec expectoration assez abondante vers le 18e ou 25e jour d'une fièvre typhoïde et juger la maladie sans retour?

Dans des péritonites, même chroniques, avec épanchement; dans des cas d'ascite, d'hydropisie, dont la cause ou le point de départ avaient cessé d'être appréciables, on voit quelquefois les purgatifs et les diurétiques rester sans effet immédiat; les organes se montrent réfractaires à ces moyens thérapeutiques, et sans avoir rien fait pour la provoquer directement, sans même y compter, une diaphorèse abondante et continue apparaît sur toute la peau du corps et devient le signal de la résorption et d'une convalescence prochaine.

D'autres fois ce sont les sudorifiques et les expectorans qui manquent leur effet, des urines abondantes et caractéristiques ou des diarrhées critiques, qu'on n'attendait pas sont le présage heureux du retour de la santé.

Tous les jours et partout la pratique rencontre de ces cas qui dénotent la pauvreté de nos combinaisons et la routine qui nous guide; mais il est des cas qui se présentent avec des incidens et une marche trop remarquables pour que la science les passe sous silence. Ils méritent d'être notés comme enseignement : ce sont de ces preuves incompréhensibles de la puissance de la nature, de ses ressources immenses. Elle met complétement à nu, au milieu de nos raisonnemens si *logiques*, la pénurie de nos moyens ou le *terre-à-terre* de notre intelligence.

La nature, dis-je, ne tient aucun compte ni de nos agens, ni de nos raisonnemens physiologiques, elle les renie lorsque nous péchons dans l'application de nos principes, que nous n'avons pas compris l'état des organes sur lesquels nous agissons, ni l'opportunité de notre médication, ni les relations, les sympathies intimes qui s'établissent entre les organes dans certaines variétés ou *complications pathologiques*.

Dans ces circonstances, un organe, un appareil d'organes sur lequel on était loin de compter vient au secours de l'économie en souffrance, et la débarrasse par son action sécrétoire des élémens ou des produits morbides qui mettaient la vie en danger. On m'excusera toutes ces digressions : je cherche d'avance à donner quelques explications sur un fait dont j'ai été témoin, qui n'est intéressant que par un incident physiologique inattendu, et qui viendrait à l'appui des opinions émises.

Une vieille femme de 70 ans, maigre, d'une santé délabrée, portait dans la région sous-ombilicale et un peu à droite une tumeur volumineuse. La peau du ventre était tendue au toucher, cette tumeur était fluctuante à sa surface et faisait une saillie assez prononcée. Un peu à gauche la fluctuation disparaissait pour faire place à une tumeur plus profonde, un peu inégale, dure, douloureuse à la pression ; les deux tumeurs étaient comme implantées l'une sur l'autre.

Le doigt, introduit dans le vagin, rencontrait à trois pouces environ de profondeur un utérus induré, volumineux, le museau de tanche béant, dur, entouré d'un bourrelet bosselé et sensible, et un peu contourné vers la droite. Au spéculum, des ulcérations y furent constatées ; il s'écoulait presque constamment un liquide roussâtre et fétide, parfois la malade éprouvait des élancemens.

Le diagnostic était facile et le pronostic infaillible.

Depuis plus de 18 ans, époque de la cessation des menstrues, cette femme éprouvait un malaise intense, elle n'avait fait aucun traitement ; dans les derniers temps seulement, la violence de la douleur l'avait forcée de consulter les médecins. Comme tous les malades, elle voulait vivre et guérir ; la guérison lui fut promise ; seulement les parens furent prévenus de la gravité du cas et de sa prochaine et funeste terminaison.

Quelques emplâtres de Vigo sur la tumeur, quelques calmans, quelques injections, quelques frictions mercurielles, voilà le seul traitement qui fut ordonné.

Au bout de quelques jours, le kyste séreux qui était superposé et adhérent à un utérus cancéreux se rompit. Tout le liquide se répandit à l'instant dans l'abdomen. Cette irruption aqueuse subite, au milieu des organes de la digestion, dans un corps vieux,

malade, épuisé, faillit occasionner une mort immédiate; une longue syncope eut lieu; la malade ne revint que lentement; quelques cuillerées d'une liqueur tonique et excitante réveillèrent un peu ses facultés physiques et intellectuelles, elle ne savait ce qui venait de se passer. Elle éprouvait un état d'étonnement et de malaise indéfinissables dans tout son être; ses yeux, ses traits, tout en elle portait le cachet d'une mort imminente et prochaine. La peau du ventre était flétrie, affaissée à sa surface; seulement au-dessus du pubis la tumeur cancéreuse existait toujours semblable à l'utérus d'une femme qui vient d'accoucher et chez laquelle l'écoulement sanguin s'est subitement arrêté, ou lorsque le placenta n'a pas encore été expulsé.

J'ordonnai une potion diurétique assez énergique et à petites doses rapprochées, des demi-lavemens purgatifs, des fomentations chaudes sur le ventre, pensant que si la résorption avait lieu, l'excitation provoquée vers les reins et le tube intestinal pourrait avoir un résultat momentanément favorable. Mais la nature agissait sans moi et malgré moi sur un autre point, elle rendit inutiles mes lieux communs de thérapeutique.

Vers le soir, une petite toux survient, la malade commence à expectorer; cette toux se fait sans quintes, ce ne sont pas des crachats épais, mais bien une sérosité abondante qui est rendue sans effort; ce n'est pas une irritation de nature catarrhale inflammatoire qui excite la toux, mais bien la présence et l'abondance phénoménale de cette sérosité. Dans les vingt-quatre heures, trois à quatre cuvettes sont littéralement remplies de ce liquide limpide, inodore, un peu filant; pendant plusieurs jours, la même abondance de sécrétion; du sixième au septième jour elle fut tarie. La malade se trouvait assez bien; l'appétit et le sommeil étaient revenus; son facies s'améliora insensiblement; quant à la maladie utérine, elle resta stationnaire.

Mais, au bout de trois mois, le kyste hydropique reparut et finit par devenir aussi volumineux qu'auparavant; en même temps l'affection de l'utérus fit des progrès; l'œdème des membres inférieurs, une prostration générale et tous les signes avant-coureurs d'une fin prochaine se déclarèrent, et la malade succomba.

L'autopsie n'a pu être faite; et du reste elle eût été inutile

pour justifier la mort. Mais pourquoi la nature, dans ce cas, avait-elle choisi les poumons préférablement aux reins, au tube intestinal ou à la peau, pour l'élimination du liquide? D'abord la peau était sans énergie, elle était flétrie, affaissée depuis long-temps, le travail eût été impossible; mais peut-être l'autopsie eût-elle montré une partie du tube intestinal et les organes urinaires, malades par leur contact et leur voisinage avec l'utérus, et incapables et impropres au travail de sécrétion; il ne restait donc que l'appareil respiratoire en état de remplir cette fonction.

Débridement de l'orifice utérin pendant la parturition, par M. Hubert.

Obs. I. — Une fille de 19 ans, très robuste, primipare, dont les pieds étaient infiltrés, la face et les mains bouffies, fut prise, quelques heures après le début du travail, vers onze heures du soir, le 4 avril, de *convulsions éclamptiques*. Les accès convulsifs et l'état comateux alternaient sans intervalles lucides. Deux saignées, un bain, l'extrait de belladone sur l'orifice, furent employés sans succès. Le 5, à deux heures de l'après-midi, l'état restait le même, quoique le volume de l'utérus eût été diminué par l'évacuation d'une partie du liquide amniotique. La dilatation ayant alors acquis la largeur d'une pièce de 5 francs, le docteur Hubert prit le parti de terminer l'accouchement. La version n'était pas absolument impossible sans doute : la tête, quoique basse, pouvait être soulevée facilement; une dilatation graduelle aurait sans doute permis de franchir l'orifice, mais ce n'eût pas été sans danger pour l'intégrité de cette partie, et au passage de la tête une déchirure fatale aurait pu s'opérer. M. Hubert préféra débrider l'orifice; deux petites incisions, l'une à gauche, l'autre à droite, furent pratiquées avec un long bistouri boutonné, *sans que la femme témoignât la moindre sensibilité;* après quoi le forceps fut appliqué, et bientôt fut extrait un garçon de 8 livres, dans un état apoplectique qui fut promptement dissipé. Huit accès eurent encore lieu après la délivrance, malgré la continuation d'un traitement énergique. Bientôt pourtant les accidens se dissipèrent. Le 7, la connaissance revint. Le vingtième jour, la guérison était complète.

Ainsi, deux opérations, innocentes quand elles sont pratiquées

avec prudence et habileté, ont conservé la vie à l'enfant. N'eût-elle pas été presque infailliblement compromise par toute autre conduite, et la version en particulier, qui eût été certainement funeste au fœtus, n'eût-elle pas, dans les conditions où se trouvait la mère, entraîné pour elle-même des dangers dont la main la plus habile n'eût peut-être pas su la préserver ?

Dans le second cas, le docteur Hubert employa le débridement pour remédier à un *état insolite du col de la matrice*. Le succès fut également complet.

Obs. II. — Une femme de 40 ans, très petite, mais bien conformée, en travail depuis le 24 mars 1844, présentait, indépendamment d'un léger resserrement du détroit supérieur, les dispositions suivantes : le col de l'utérus dévié en arrière et à gauche avait le volume et la longueur de la dernière phalange du petit doigt ; il était presque aussi dur que si la femme n'eût pas été enceinte, et il était si exactement fermé, que c'était à peine si la pulpe du doigt indicateur pouvait reconnaître son orifice externe. L'étroitesse et la fermeté de sa base indiquaient enfin que son orifice interne n'avait guère subi les modifications que la grossesse lui imprime ordinairement.

La dernière époque menstruelle datait du 13 juin 1843 ; les mouvemens de l'enfant se faisaient sentir depuis plus de quatre mois et demi.

Bien que les douleurs fussent prononcées et régulières, et que la femme semblât être à terme, au moins d'après les renseignemens fournis, on essaya d'arrêter ce travail par l'administration du laudanum. Mais ce fut en vain. Le 28, le col était considérablement raccourci, effacé, et ne se présentait plus que sous la forme d'un bourrelet, épais d'une ligne et demie à deux lignes. L'orifice, encore fermé, se laissait pourtant ouvrir par l'extrémité du doigt.

Après un calme presque complet de deux jours, les douleurs se réveillèrent le 31, et, bien qu'elles eussent continué jusqu'au 3 avril sans autre interruption que celle qui marque leur intermittence normale, la dilatation n'avait fait que très peu de progrès, puisque l'orifice n'avait encore que la largeur d'une pièce de 5 centimes.

Le 4 avril, à trois heures du matin, l'orifice était dilaté de 2 pouces et demi; la femme était exténuée; une sorte de purée verdâtre sortait par la vulve.

Le même jour, à neuf heures, l'orifice plus tendu et plus exactement appliqué sur le crâne offrait une dilatation d'un demi-pouce de moins considérable que six heures auparavant. La fatigue et le découragement de la malade étaient tels, que le docteur Hubert se décida à terminer l'accouchement; et, comme dans le cas précédent, il préféra à la version le débridement de l'orifice suivi de l'application du forceps.

Le débridement fut pratiqué comme dans le premier cas, et *la douleur fut si minime*, que la patiente ne jeta pas un cri. — La tête ne fut entraînée qu'après des tractions assez fortes. L'enfant, garçon de 5 livres, était dans un état de mort apparente, qui fut promptement dissipé. — Les suites de couches furent tout-à-fait naturelles. (*Annales de la Société de Méd. d'Anvers. Août*, 1844).

EXTRAITS DES JOURNAUX ÉTRANGERS,

par M. le docteur GIRALDÈS.

Ligatures de l'artère iliaque primitive.

Deux des observations de ligature, de l'artère iliaque primitive dont nous allons faire connaître les principales particularités, ont été extraites de deux brochures imprimées, en 1840 et 1843, à Montevidéo, et adressées par l'auteur, M. Garviso, à la Société médicale d'émulation de Paris.

La troisième observation a été communiquée à la Société médico-chirurgicale de Londres, par M. Richard Hey, chirurgien de l'hôpital du comté d'York, dans la séance du 9 avril 1844.

OBS. I. — Godoy, âgé de 36 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant eu plusieurs fois la syphilis, vint me consulter le 11 septembre 1837, pour une tumeur pulsatile, située dans la fosse iliaque gauche, tout près de l'aine. Cette tumeur, dont le volume égale celui d'un œuf de poule, est survenue à la suite d'un effort en toussant. Dans le point occupé par la maladie, la peau offre une cicatrice produite, il y a quelques années, par

l'ouverture d'un bubon. Par un examen attentif on reconnaît un anévrysme de l'artère iliaque externe : je conseille dès-lors la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur, conseil repoussé par d'autres praticiens consultés par le malade.

Malgré la présence de cette tumeur, Godoy continue de monter à cheval ; son mal augmente et, vers le mois d'août, l'anévrysme offre le volume d'une tête d'adulte : il s'étend de l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à la ligne blanche, et du pubis à l'ombilic ; sa surface offre des bosselures et des taches rougeâtres produites par l'inflammation des tissus. Une des bosselures de la tumeur se prolonge sur l'arcade crurale ; l'autre, supérieure, plus volumineuse, peut être circonscrite et isolée ; en pressant sur les parois du ventre, on reconnaît alors que cette partie de l'anévrysme semble se prolonger sur le vaisseau.

Après un examen approfondi, je conseille la ligature de l'artère iliaque primitive. Ce conseil n'est pas adopté, par la raison que les médecins consultés pensent que le mal se prolonge plus loin que l'artère que je conseille de lier, et que les tuniques artériels sont malades.

Consulté de nouveau plusieurs fois, je persiste dans mes premiers avis, et le 10 août, le malade cède à ma proposition. Le 14, jour convenu pour pratiquer cette ligature, le malade ne veut plus s'y soumettre, et consulte d'autres personnes. Depuis ce jour jusqu'au 14 septembre, on lui fait garder la position horizontale ; on lui pratique une saignée, et enfin des applications astringentes sont employées.

Le 12 octobre, vers dix heures, j'étais chez le malade et celui-ci me pressait de l'opérer ; dans ce moment, un eschare se détache de la tumeur, et est suivi d'une hémorrhagie abondante, que le malade arrête d'abord en comprimant avec ses doigts ; un tampon de charpie placé dans l'endroit ouvert, permet d'exercer une compression plus méthodique. L'opération est devenue urgente : l'hémorrhagie ayant été très abondante, le malade tombe en syncope. Le docteur Villardebo, prié d'assister à l'opération, refuse toute assistance ; une potion tonique est administrée, et fait revenir le malade. Je me décide alors à lier l'artère avec l'aide du docteur Nascenben, et je procède de la manière suivante :

Le malade, couché convenablement, un oreiller placé sous les

reins, je pratique une incision de 4 pouces de longueur et oblique de dehors en dedans vers la ligne médiane. Cette première incision intéresse la peau et le tissu graisseux sous-jacent ; je divise ensuite les muscles abdominaux jusqu'au péritoine : la cavité abdominale est ouverte ; je repousse les intestins et l'épiploon vers le point opposé ; la position du vaisseau est reconnue de suite, et à l'aide d'une sonde canelée je déchire le péritoine ; après avoir recourbé l'instrument, je le passe sous le vaisseau à 2 pouces de la bifurcation de l'aorte ; un stylet armé d'un fil est glissé dans la canelure de l'instrument, et la ligature est serrée. Pendant les différens temps de l'opération, nous avons été un peu embarrassés par l'issue de quelques anses intestinales. Cependant l'opération a été terminée au bout de douze minutes.

La plaie de l'abdomen est ensuite réunie, à l'aide de quelques points de suture, par des bandelettes agglutinatives, et par un bandage de corps.

Godoy a supporté l'opération avec courage ; on lui fait prendre quelques bouillons, et on le laisse reposer quelques instans ; le malade accuse une douleur dans la région de la vessie, on prescrit une potion calmante. Vers deux heures, il tombe en syncope, quelques momens après il cesse d'exister.

Autopsie. — L'examen du cadavre n'a pas pu être fait avec tout le soin convenable. Nous constatons que l'artère a été embrassé isolément par la ligature, à 2 pouces au-dessous de la bifurcation de l'aorte ; ce point a été constaté par plusieurs praticiens, au nombre desquels se trouve M. Villardebo. Les parois du sac anévrysmal sont épaisses, comme lardacées ; l'artère épigastrique et iliaque antérieures se détachent de ces parois, et sont oblitérées à leur origine ; les os du bassin sont érodés ; la cavité de la tumeur est remplie de caillots ; les orifices de communication avec l'artère iliaque sont évasés ; le sac anévrysmal se développe sur l'artère, et sa base représente un diamètre de 2 pouces (*Mémoire sur un anévrysme, et ligature de l'artère iliaque primitive*, par don Gaetano Garviso. Montevidéo, 1840.)

OBS. II. — Carualho, âgé de 38 ans, orfèvre, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution faible, à la suite d'un effort en soulevant une plaque, éprouve dans le bas-ventre une douleur qui l'oblige à suspendre ses travaux.

Au bout de quelque temps, il s'aperçut de l'existence d'une tumeur pulsatile sous l'arcade crurale, dans la région hypogastrique du côté gauche. Le médecin appelé auprès de lui méconnaît la nature du mal, et lui ordonne des fomentations. A quelques jours de là il reconnaît son erreur, et cette fois, croyant avoir affaire à une hernie, il lui conseille un bandage herniaire; enfin, au bout de huit jours, il s'aperçoit de sa double erreur, et reconnaît enfin une tumeur anévrysmale.

Carualho entre alors à l'hôpital de la Charité, et y reste douze jours. A sa sortie, il suit pendant quelque temps les conseils d'un charlatan; il vint me consulter plus tard. Au moment où je l'examine, son mal est très reconnaissable : le diagnostic en est très facile. Je conseille la ligature de l'artère au-dessus de la tumeur. La tumeur est volumineuse; elle occupe toute la fosse iliaque gauche, à partir de l'ombilic jusqu'à l'arcade crurale; sa surface est arrondie, les veines du membre inférieur sont dilatés, et le membre est œdémateux. Le 8 septembre, le malade est mis à la diète; on lui administre un lavement purgatif. Le lendemain, en présence et avec l'aide des docteurs Nasceubene, Salazar, etc., je procède à l'opération. Une incision de 4 pouces est pratiquée sur la partie centrale de la tumeur, et se termine à 1 pouce et demi de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette incision est faite dans le but de lier l'artère iliaque externe; on reconnaît que la ligature de ce vaisseau est impossible, et qu'il faut lier l'artère iliaque primitive. Pour y parvenir, je pratique une seconde incision en dedans et en haut, oblique à la première, de façon à former avec elle un Y; à la faveur de cette modification, je pénètre dans la cavité du ventre, je lie l'artère et j'opère de la même manière que dans la première observation.

Le malade est ensuite placé au lit, les membres dans la demi-flexion; une potion calmante est administrée. Le sixième jour, on lève l'appareil : les bords de la plaie sont déjà en grande partie réunis. Le malade éprouve une réaction fébrile par suite d'un dérangement de régime. Saignée de 16 onces, boissons acidulées, laxatives, cataplasmes sur le ventre. Par la partie inférieure de la plaie il s'écoule de la sanie séro-purulente. Vers le commencement d'octobre, le malade éprouve quelques symptômes de fièvre hectique; on lui administre de l'infusion de quinquina. Le 15

novembre, la ligature tombe et la plaie se cicatrise (*Histoire d'un anévrysme, ligature de l'artère iliaque primitive*, par don Gaetano Garviso. Montevidéo, 1843.)

Obs. III. — X**, âgé de 40 ans, s'est aperçu, le 10 novembre, de la présence d'une tumeur dure dans l'aine gauche, au milieu de l'arcade crurale. Trois jours après, la tumeur devient douloureuse, augmente de volume et est le siége de pulsations. Le mal fait des progrès et prend une forme conique, la peau devient rouge et tendue, la compression sur la tumeur domine beaucoup son volume. On décide, dans une consultation, de lier l'artère iliaque primitive, et l'opération est pratiquée, par M. Hey, le 3 décembre.

La tumeur anévrysmale, au moment de l'opération, mesure 6 pouces dans son diamètre transverse, et 6 pouces et demi dans son diamètre vertical; elle offrait sur le plan de l'abdomen un relief mesurant 3 pouces; dans un point, elle s'approche de l'ombilic, et en est éloignée de 1 pouce et demi. On procède à l'opération de la manière suivante: une incision curviligne est pratiquée à 2 pouces trois quarts au-dessus de l'ombilic, et à 3 pouces de la ligne blanche. Cette incision est dirigée en bas et en dehors dans l'étendue de 6 pouces. La peau et les muscles sont divisés, le péritoine est détaché, et l'artère est mise à découvert. Avec la pointe de l'aiguille, on déchire la gaîne du vaisseau; l'instrument, armé d'un double fil, est passé de dedans en dehors; la ligature serrée, les pulsations cessent immédiatement dans la tumeur. Après l'opération, le malade va très bien, l'anévrysme diminue de volume, la température des deux membres est au même degré, les pulsations de l'artère reviennent. Une semaine après l'opération, vers le 20 janvier, le malade est guéri (*The London and Edinb. Monthly journal*, septembre, 1844).

L'artère iliaque primitive a été liée pour la première fois en 1812 par Gibson, dans un cas de plaie d'arme à feu, son malade mourut au bout de 13 jours d'une inflammation du péritoine. En 1827, Mott lie cette artère, la ligature tombe au bout de 18 jours, le malade guérit. En 1828, sir Philip Crampton pratique cette opération, son malade mourut d'hé-

morrhagie au bout de 4 jours. Dans un cas d'hémorrhagie secondaire, à la suite d'une amputation pratiquée chez un enfant de 8 ans, M. Liston fut obligé de lier l'artère iliaque primitive, son malade succomba. M. Guthrie, en 1833, pratique cette opération, pour un prétendu anévrysme de la région fessière, son malade guérit de l'opération, mais il mourut au bout de 8 mois, on reconnut alors que la tumeur de la fesse était de nature encéphaloïde. En 1837, le professeur Salomon de Saint-Pétersbourg pratique avec succès la ligature de l'artère dont il est question. En 1838, le professeur Syme d'Édimbourg pratique cette opération, son malade mourut au bout de 4 jours. En 1840, M. Deguise père pratique également cette opération avec succès. Enfin, M. Pence, chirurgien de l'hôpital de Pensylvanie, lia l'artère iliaque primitive pour un cas d'anévrysme de l'artère iliaque, la ligature tomba au bout de 35 jours, son malade guérit. Depuis 1812 jusque aujourd'hui l'artère iliaque primitive a été liée 12 fois dans des circonstances très différentes. 7 fois cette opération a été faite avec succès, 5 fois les malades succombèrent

---

CHRONIQUE DES CHIRURGIENS.

Il y a un an; M. J. Guérin eut la malheureuse pensée de traduire devant les tribunaux des écrivains assez osés pour prétendre qu'il n'était pas naturel qu'un praticien cachât ses succès. Notre Chronique fut, à cette occasion, d'une franchise dont certaines expressions eussent été condamnées par nos confrères et regrettées par nous, si M. Guérin eut effectivement guéri les malades qu'il déclarait guéris. Mais, avant d'écrire, nous savions le contraire; car, malgré les quatre murs bien hermétiquement cimentés dans lesquels M. Guérin avait enfermé la vérité, elle avait transsudé, sous

forme de rosée, et c'est ainsi que nous l'avions répandue dans le monde médical.

M. Guérin nous intenta alors un procès qui nous valut des marques de sympathie dont nous conserverons un éternel souvenir. Nous laissions au temps le soin de dire à nos confrères jusqu'à quel point ces sympathies avaient été bien placées, et si notre critique était méritée.

M. Malgaigne n'a pas pensé, et surtout n'a pas agi comme nous : il a fait une enquête, il a abattu les murs qui cachaient la vérité et elle a fait explosion. M. Guérin lui avait fait un procès devant des juges incompétens; eh bien ! lui, a appelé M. J. Guérin médecin, devant ses juges naturels, devant une Académie de Médecine. Le jugement, on l'a déjà lu : c'est le rapport, résultat de l'enquête de l'Académie par ses commissaires : MM. Velpeau, Beaudelocque, Roux.

Cependant ce rapport devait être lu et discuté par l'Académie. Dire ce que cette discussion a eu d'émouvant, de passionné, cela nous est interdit par notre cadre, par notre position. La *Gazette des Hôpitaux*, qui, dans cette circonstance, a fait preuve d'une rare impartialité, a dit les faits et gestes des académiciens, le succès du rapporteur et le *Bulletin* de l'Académie vous a transmis fidèlement tous les discours. Nous ne rappellerons que quelques traits qui ont besoin d'être connus par nos lecteurs.

M. Guérin, interpellant M. Roux, lui a demandé s'il soumettrait les résultats de ses opérations à une enquête; M. Roux, avec l'accent d'une conscience qui a toujours été à la hauteur de son talent, a répondu : Dans mon enseignement, dans les examens, dans les académies, ayant été le premier à faire connaître mes erreurs, il ne me serait nullement désagréable de me soumettre à une enquête quelconque, fût-elle composée par mes plus cruels ennemis, et je ne comprends pas qu'un chirurgien qui se respecte qui respecte son art agisse autrement.

M. Guérin, dans la péroraison de sa défense, avait fait remarquer les passages des conclusions du rapport qui étaient d'une sévérité qu'on a pu apprécier en lisant cette pièce. Il terminait en disant, avec une douloureuse émotion, que dans ces *terribles* débats, il avait perdu son repos, sa santé, sa fortune, et qu'il pourrait perdre plus encore. Ces dernières paroles avaient pro-

duit un effet attendrissant, et l'indulgence avait passé aussitôt dans tous les cœurs. Il fallait l'exprimer, et c'est un de nos rédacteurs, celui qui a dressé le programme des *Annales de Chirurgie*, qui l'a fait avec ce sens et cette netteté de parole qu'on lui connaît. Après avoir montré tout ce qu'il y a de blâmable dans la conduite d'un praticien qui refuse obstinément de montrer ses succès à tous ceux qui veulent les constater, M. Begin a eu la générosité de trouver trop sévères quelques parties des conclusions du rapport qu'il reconnaît d'ailleurs parfait dans tout son contenu. A l'instant, le rapporteur et les autres commissaires, M. Gerdy, toute l'Académie enfin, a accepté la modification proposée par M. Bégin, qui consistait à borner les conclusions à ceci : remercier M. Malgaigne et insérer son mémoire dans les bulletins de l'Académie. Mais M. Bégin avait fait entendre, dans son discours, que ce mémoire servirait de *renseignement*. Alors des amis imprudens qui ont pris l'indulgence de la majorité pour de la faiblesse, ont insisté, afin que le mot *renseignement* fût ajouté à la proposition de M. Bégin. A l'instant, M. le rapporteur est rentré dans son véritable rôle et a dit avec beaucoup de raison et de fermeté : *De deux choses l'une : ou le mot renseignement n'a aucune signification, et alors il est inutile, ou bien il a une signification, et comme on pourrait y voir un blâme pour M. Malgaigne, je m'oppose formellement à son adoption.* Alors la scène a changé. Il était évident que l'Académie se trouvait dans la nécessité de résoudre une question des plus graves ; car M. Malgaigne, après son enquête, déclarait non guéris tous les malades déclarés comme guéris par M. Guérin. Eh bien ! 41 voix ont rejeté le mot *renseignement*, que 26 voix voulaient insérer.

Voilà la fin du procès ; voilà le jugement que nous avons attendu un an, sans, pour notre compte, le provoquer. Celui qui écrit ces lignes est celui qui déplore le plus certaines conséquences de l'arrêt académique. Aussi, quand il a lu dans un article de la *Gazette médicale*, rendant compte de cette *terrible* séance, ces mots de Lamartine : *Faut-il gémir? Faut-il chanter?* Il a dit tristement : *Il faut se taire !*

VIDAL (de Cassis), *Rédacteur principal.*

ANNALES

DE

LA CHIRURGIE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

KYSTES LAITEUX.

Observations et considérations sur cette affection,

par M. Jobert de Lamballe, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc.

La nommée Jacquet, âgée de 29 ans, entra le 16 août 1844 à l'hôpital Saint-Louis.

Cette femme a eu quatre enfans; elle est accouchée du dernier le 9 juin de cette année. Elle n'en a allaité aucun. Lors de sa première couche, il y a six ans, le sein droit s'enflamma, ce qui l'empêcha de nourrir. — Par suite de cette inflammation, le sein resta un peu douloureux et plus volumineux qu'il ne l'était auparavant.

C'est là du reste, la seule affection qu'ait éprouvé cet organe. Depuis cette époque, les deux mamelles n'ont pas cessé de fournir du lait, même dans l'intervalle des grossesses, et la quantité de liquide que l'on peut faire sortir par le mamelon, en pressant la glande mammaire, paraît être plus considérable que chez les femmes qui allaitent.

Cependant le volume du sein continua de s'accroître de plus en plus, et après chaque accouchement, la malade a

pu remarquer que la tuméfaction des mamelles augmentait brusquement et ne disparaissait pas du côté droit.

Aujourd'hui, 17 août, à la partie interne du sein droit, existe une tumeur du volume des deux poings. La forme varie suivant la position : elle est ronde quand le sein est soutenu, et prend la forme d'une besace quand la malade est debout.

La surface de cette tumeur présente au toucher des granulations qui sont semblables à celles de la glande mammaire.

La consistance de cette tumeur est variable; elle est molle, flasque, et donne au toucher la sensation d'une poche ou d'une vessie remplie de liquide, lorsque la mamelle est pendante et non soutenue ; et quand, au contraire, on la presse dans tous les sens, elle devient résistante et incompressible.

Il est facile d'y percevoir la fluctuation et d'y sentir cette espèce de flot que l'on obtient en percutant les parois abdominales dans les hydropisies du bas-ventre.

Le poids de la tumeur est faible en le comparant à son volume, et ses limites sont bien tranchées, puisqu'elle est située au-dessous du mamelon, qu'elle entraîne légèrement sur son côté externe.

Les veines sous-cutanées qui rampent sous la peau ont acquis un développement anormal, et il en est quelques-unes assez volumineuses qui traversent la mamelle du haut en bas et de dehors en dedans.

Si l'on comprime l'organe, on fait sortir par l'orifice du mamelon un liquide blanc, crémeux, de bonne nature. Mais la pression et la sortie de ce fluide lacté ne font, dans aucun cas, diminuer le volume de la tumeur.

Ayant reconnu un kyste volumineux du sein, que je crus

de nature lactée, avant d'en faire l'extirpation, je fis une ponction exploratrice, qui donna issue à du lait; mon diagnostic se trouvant vérifié, je pratiquai, le 17 août, l'opération de la manière suivante :

Une double incision, comprenant un lambeau elliptique de la peau de la partie interne du sein précède la dissection de la tumeur. Celle-ci se détache facilement dans tous les sens, et un coup de bistouri ayant divisé ses parois, on voit s'écouler un flot abondant de liquide blanc inodore, analogue à du lait qui a conservé sa fluidité. Aucun caillot ne se trouve contenu dans ce liquide, dont on peut évaluer la quantité à environ cinq cents grammes.

Après avoir ouvert le kyste dans toute sa longueur, on achève de le séparer des parties sous-jacentes. Cette ablation représente une perte de substance considérable, ayant plus de quinze centimètres de hauteur. Les parois de cette cavité sont en rapport avec le tissu de la glande mammaire elle-même. De nombreux vaisseaux galactophores ont été divisés et sont béans à la surface de la plaie. Il est facile de les reconnaître, car il en sort du lait en assez grande abondance, semblable à celui du kyste.

Quelques ligatures sont faites, et la réunion des bords de la plaie est opérée avec deux épingles.

Pansement avec l'agaric, etc., etc.

Le soir, la malade éprouve un peu de fièvre et de céphalalgie; la peau est chaude, le pouls dur et plein.

Le 18, la plaie est en bon état; les bords de la division sont en contact; le sein n'est presque point enflammé, il est resté flasque; mais la fièvre est très vive; il y a des sueurs abondantes et générales, un air de souffrance, mais sans abattement; insomnie.

Pansement simple.

19. Même état général.

20. Le pouls, toujours fébrile, est moins dur; la peau est chaude et couverte de sueurs; il y a des douleurs rénales et de la constipation.

Les angles de la division sont écartés, la pression latérale fait écouler par ces points une assez grande quantité de matières sanguinolentes et lactées.

Même pansement.

21. Voyant que le liquide accumulé au fond de la cavité est abondant et s'oppose à la réunion par première intention, et ne comptant que sur une réunion secondaire, j'enlève les épingles, afin de livrer passage au pus, qui est mal lié et mêlé à du lait.

Des pressions douces font sortir immédiatement du lait qui se trouve contenu dans les canaux galactophores.

La fièvre a presque entièrement disparu. Il reste de la moiteur à la peau.

Le sein est un peu tuméfié, comme dans la fièvre de lait.

Le pansement ordinaire est remplacé par des cataplasmes.

Même état les jours suivans : des liquides abondans sont versés dans le foyer et rejetés au dehors.

28. Peu-à-peu les parois de la cavité se nettoient; il se forme de légères granulations, qui donnent à la surface de la glande un aspect velouté et qui en cachent le tissu. La suppuration devient moins abondante; elle est toujours mêlée à du lait.

En pressant latéralement la glande, on voit très manifestement du lait sortir de la paroi droite du foyer, à sa partie supérieure et couler dans sa cavité avec le pus; mais en petite quantité.

État général parfait : la malade se nourrit bien.

29. Même état général et local ; le lait ne sort que par un orifice et forme un seul filet.

3 septembre. La plaie a diminué considérablement d'ét n-due, mais elle est encore profonde et pleine de pus.

7. Par la pression latérale, on ne fait plus sortir que de la sérosité des parois du foyer. Cette sérosité est très abondante et d'une transparence parfaite.

La peau du sein se fronce autour de la plaie, qui se rétrécit, et elle se renverse vers la cavité du foyer.

11. Le même liquide ruissèle en abondance de toutes les parois du foyer. Vers l'angle inférieur, il sort encore un peu de lait.

Cautérisation de la plaie avec le nitrate d'argent ; diminution régulière et progressive en profondeur comme en largeur ; enfoncement de l'ouverture au milieu des tissus ; froncement de la peau environnante.

15. Le suintement séreux est bien moins abondant ; le foyer est de beaucoup diminué ; la glande mammaire environnante offre son état normal.

21. La plaie n'a pas 2 centimètres de longueur et 1 de profondeur ; le suintement séreux a presque disparu.

Le 1er octobre, la malade sort dans l'état suivant : la cicatrice de la plaie n'est pas encore complète, mais il ne reste qu'une sorte de fente n'ayant que quelques millimètres de largeur et de profondeur ; la peau est froncée tout autour et enfoncée au niveau de la solution de continuité.

Le 15 novembre, j'ai revu la malade : elle était complétement guérie.

Anatomie pathologique. — Je me suis réservé de parler

de l'anatomie pathologique en terminant cette observation, pour ne pas en interrompre le récit.

La tumeur que formait la mamelle était constituée par quatre kystes, qui, évidemment, dépendaient d'une dilatation anormale des conduits lactés ou galactophores.

Nous décrirons successivement les kystes, l'état de la mamelle et des tissus environnans.

Disons d'abord que de toutes parts les kystes sont entourés par la glande mammaire, excepté dans de certains points, où il semble que les granulations sont devenues rares et écartées. Le tissu qui les compose est plus évident que dans l'état normal ; mais elles n'offrent pas partout la même épaisseur et le même volume. Il est des granulations qui semblent atrophiées, tandis qu'elles sont presque toutes hypertrophiées ; quelquefois réunies, elles constituent des masses épaisses.

Les kystes ont donné à la mamelle une extension bien plus grande qu'elle n'a habituellement, et il devait en être ainsi, si l'on se rappelle la manière dont les conduits lactés se comportent à l'égard des granulations.

La peau est saine et est unie aux parties sous-jacentes par un tissu cellulaire filamenteux.

Le fascia superficialis ne paraît avoir subi aucun changement dans sa structure et sa nature ; la graisse n'est pas en aussi grande quantité dans tous les points à-la-fois ; rarement elle se rencontre sous forme de masses ; et en quelques endroits elle se présente sous forme de lames. Au milieu de ce tissu on trouve des granulations, que l'on a pu prendre autrefois pour des vésicules adipeuses ; elles paraissent isolées et indépendantes du reste de la glande mammaire.

Des vaisseaux nombreux sillonnent les tissus qui séparent la peau du kyste.

La tumeur se compose de quatre kystes distincts, qui n'ont aucune communication entre eux. Le plus large occupe la partie antérieure, les trois autres lui sont postérieurs. Le premier représente une grande poche entourée de toutes parts par la glande mammaire, qui est ici très saillante.

Examiné à l'intérieur, ce kyste est parfaitement lisse et blanc dans une grande partie de son étendue ; car il est des endroits où l'on rencontre des ulcérations, et vers la partie moyenne il en est une beaucoup plus large, qui a 1 pouce de diamètre, et qui intéresse toute l'épaisseur du kyste en reposant sur le tissu mammaire.

La surface de ces ulcérations a une teinte jaunâtre, qu'elle paraît emprunter aux liquides qui parcourent les conduits galactophores.

La surface interne du kyste nous a paru évidemment appartenir aux surfaces muqueuses. Une dissection grossière fait facilement reconnaître deux tissus dans ce grand kyste : l'un muqueux intérieur, l'autre extérieur ou dartoïde. Leur réunion constitue le kyste.

A l'intérieur de ce premier kyste se voient plusieurs orifices qui viennent s'y ouvrir : ils sont pourvus d'une valvule incomplète qui en ferme l'ouverture. Ces valvules sont destinées à empêcher les liquides de rétrograder, et ont les mêmes usages que celles des uretères. Certains de ces orifices sont ulcérés, et tous n'ont pas la même largeur, car ils ont subi des dilatations différentes. Un stylet enfoncé dans cet orifice parcourt un canal d'une certaine longueur, lequel se termine en cul-de-sac au milieu du tissu de la glande mammaire. Dans ces conduits, qui sont assez nombreux et qui aboutissent dans ce kyste principal, on en observe d'autres qui s'abouchent avec lui, et qui sont garnis à leur orifice

aussi de petites valvules demi-circulaires. Ces derniers conduits sont également dilatés, et ce sont ces dilatations anormales qui m'ont permis de faire pénétrer une injection, non pas dans tous à-la-fois, mais dans un seul; les valvules s'opposant à la pénétration du mercure métallique.

On aperçoit aussi çà et là des espèces de replis muqueux sans importance et dont les auteurs n'ont pas parlé.

Le deuxième kyste est parfaitement arrondi, lisse dans toute sa surface interne, n'offrant aucune ulcération et aucune altération notable. Il pourrait avoir un peu plus que le volume d'un œuf de pigeon. Partout ce sac est entouré de substance mammaire fortement hypertrophiée. Sur sa face supérieure, il est adossé au précédent, et de plus au troisième qui les sépare incomplétement. Comme dans le premier kyste, on rencontre dans celui-ci des orifices garnis de valvules; les conduits qui leur succèdent sont plus courts que ceux du premier. Ils se terminent de la même manière, et ils offrent une structure semblable.

Le troisième kyste, parallèle au précédent, est allongé, cylindroïde, et présente une série d'orifices assez nombreux et garnis de valvules. Vers l'une de ses extrémités, on aperçoit un autre canal qui en est la continuation et qui se recourbe sur lui-même parallèlement : il présente un certain nombre d'orifices qui indiquent de nouveaux conduits. Ce dernier kyste est plus superficiel que les autres.

Le quatrième kyste, qui sépare les deux principaux, est remarquable par sa forme allongée et par le nombre d'orifices qui viennent s'y ouvrir. Vers la partie moyenne de cette poche, on observe une espèce de prolongement canaliforme qui abandonne la direction de ce kyste pour devenir profonde. Dans son intérieur se rencontrent aussi de nombreuses

ouvertures. Il est évident que cette espèce d'appendice à ce quatrième kyste n'est autre chose qu'un conduit secondaire fortement dilaté. Je rapprocherai de ce fait la description d'un second kyste laiteux, rencontré vers la fin d'octobre 1844, par un de mes élèves, M. Niobé, sur le cadavre d'une femme qui avait succombé à la suite d'un accouchement.

D'après l'état des seins et de l'utérus, cette femme avait succombé, selon toute probabilité, peu de jours après l'accouchement, à une inflammation de la matrice, inflammation qui s'était terminée par suppuration. Il existait, en effet, dans l'épaisseur des parois de l'utérus un grand nombre de petits abcès nettement circonscrits; on en a compté sept dont la cavité remplie de pus de bonne nature aurait pu loger un pois ordinaire, les plus considérables une petite noisette. La surface interne de cet organe était ramollie, d'un rouge foncé offrant dans certains points une couche de détritus noirâtre et sanieux. La cavité utérine était encore très dilatée et le volume de l'organe égalait presque celui d'une tête de fœtus à terme. Les veines et les sinus utérins n'ont pas été examinés. Le péritoine contenait quelques cuillerées de sérosité, sans offrir, du reste, des traces d'inflammation apparente.

Les mamelles étaient volumineuses : la droite, uniformément tuméfiée dans toute son étendue n'offrait rien de particulier; pas plus à l'intérieur que dans la profondeur de son tissu : la gauche, au contraire, présentait une conformation irrégulière; elle était allongée dans le sens vertical, de telle sorte que son bord inférieur descendait environ un pouce plus bas que celui de la glande du côté opposé. C'est aussi à sa portion la plus déclive que la mamelle gauche offrait le plus d'épaisseur; cette espèce de prolongement, qui repré-

sentait à-peu-près le tiers inférieur de l'organe, était visiblement séparé des deux tiers supérieurs par une dépression transversale. C'est dans cette portion déclive de la glande que se trouvaient les trois kystes dont voici la description :

Le principal de ces kystes, celui qui a le plus de capacité, présente une forme allongée, cylindroïde, se recourbant à ses deux extrémités pour aller se terminer en cul-de-sac dans l'épaisseur du tissu glandulaire. La partie horizontale de cette cavité qui a beaucoup d'analogie pour la forme avec celle d'un des ventricules latéraux du cerveau a près de deux pouces de longueur; les deux portions recourbées à angle droit ont chacune un pouce de hauteur. Pour donner une idée de la capacité de ce kyste, on pourrait dire qu'il pourrait recevoir une sangsue ordinaire gorgée de sang.

La surface externe de cette poche est remarquable par son aspect lisse et joli, et par le grand nombre d'ouvertures dont elle est criblée. La surface externe est adhérente au tissu de la glande, au moyen d'un grand nombre de conduits qui viennent s'ouvrir à l'intérieur du kyste, ainsi que par un grand nombre de prolongemens fibro-cellulaires, qui s'enfoncent dans le tissu de la mamelle. On voit à la surface interne du kyste une vingtaine d'orifices très apparens, dont les plus petits peuvent admettre la pointe d'un stylet mousse ordinaire. Ces orifices ne sont pas exactement circulaires; ils ont une forme parabolique et sont garnis d'une petite valvule incomplète.

Si l'on écarte, ou plutôt si l'on soulève ces petites valvules, on voit que les orifices que je viens de décrire, ne sont que la terminaison d'un conduit principal qui vient s'ouvrir dans le kyste, et sur les parois duquel viennent abou-

tir un grand nombre d'autres conduits plus petits dans une direction perpendiculaire ou oblique à celle de ce canal. Si l'on va plus profondément à la recherche de l'origine du tronc principal, on trouve qu'il résulte lui-même de la réunion de plusieurs autres petits conduits très déliés, lesquels venant du tissu de la mamelle convergent et se réunissent pour le former. Telle est du moins la disposition que m'ont offert deux de ces conduits que j'ai suivis aussi loin qu'il m'a été possible. D'autres conduits m'ont paru se terminer brusquement en cul-de-sac; mais, dans ce cas encore, leurs parois présentaient les orifices de plusieurs petits conduits secondaires, comme dans le cas précédent. C'est, du reste, la même disposition que celle qu'on observe dans les veines hépatiques dont les parois sont criblées d'une foule d'ouvertures extrêmement petites qui sont les orifices de très petites veines. Les deux autres kystes, situés dans le voisinage du kyste principal en sont parfaitement isolés et ne communiquent pas avec lui. Leur cavité, beaucoup plus restreinte, pourrait loger une petite noisette. Ils présentent au reste, comme celui que je viens de décrire, une membrane interne analogue offrant un très grand nombre d'ouvertures, et de conduits qui sont en tout semblables à ceux qui appartiennent au kyste principal.

Ces trois kystes sont remplis par un liquide blanc jaunâtre ayant beaucoup d'analogie avec le lait contenu dans les autres parties de la mamelle; toutefois il en diffère en ce qu'il est plus liquide, et un peu plus foncé en couleur. La quantité de liquide contenue dans le kyste principal peut être évaluée à une forte cuillerée; chacun des deux autres kystes en renferme un peu moins d'une cuillerée à café.

J'oubliais de dire que lorsque j'eus pratiqué l'incision de

ces kystes, en comprimant le tissu glandulaire qui les entourait, je fis arriver dans leur cavité une quantité de liquide laiteux à-peu-près égale à celle qu'ils contenaient avant de les avoir vidés. A chaque effort de compression on voyait sortir le lait par les orifices des conduits existant à la surface interne des kystes. Le liquide qui s'échappait alors par la pression offrait toutes les qualités du lait contenu dans l'épaisseur de la glande mammaire.

Notre observation nous permet de jeter un coup-d'œil sur celles qui, en petit nombre, ont été rapportées. Il est d'autant plus important de nous arrêter un instant sur ce point de la science, qu'il existe à ce sujet de la confusion parmi les auteurs. Ainsi, dans un travail récemment publié par M. Brodie et dont nous joignons ici une analyse succincte, on pourra reconnaître des caractères qui doivent faire croire, dans un certain nombre de cas, à la présence de véritables kystes analogues à ceux que j'ai décrits, quoique l'on ne retrouve pas dans leur intérieur du lait, comme cela se rencontre chez les femmes qui ont eu des enfans.

L'article auquel nous faisons allusion a été publié dans les *Annales de thérapeutique* de M. Rognetta (15 sept. 1844), sous le titre : *De certains kystes de la mamelle chez les femmes*.

M. Brodie considère ces espèces de kystes comme une affection purement locale, ne se rattachant à aucun état morbide constitutionnel, n'étant point susceptible de dégénérescence cancéreuse : mais d'un autre côté différant entièrement des kystes séreux ordinaires ou des kystes hydatides que l'on rencontre dans toutes les parties du corps.

Ces espèces de kystes sur lesquels M. Brodie appelle l'attention des chirurgiens se rencontrent rarement dans les

hôpitaux, et au contraire très fréquemment dans la pratique civile. Ils se présentent sous la forme d'une tumeur de volume variable renfermant, un liquide dont la couleur est tantôt jaune paille, tantôt verdâtre, tantôt noirâtre, se coagulant par la chaleur et l'acide nitrique : ce liquide, pour notre confrère, n'est autre chose que du sérum uni à un peu de matière colorante. A une époque avancée de la maladie on trouve quelquefois dans ces kystes une matière solide qui paraît sécrétée en même temps que le sérum. Cette matière solide a semblé, dans un cas surtout, à M. Brodie, formée de fibrines disposées par couches légèrement organisées.

Dans un autre cas, à la suite de ponctions répétées qui ont donné lieu chaque fois à la sortie d'un liquide de couleur variable, il a fait sortir du kyste, à la dernière ponction, une grosse excroissance fibrineuse qui remplissait presque toute la poche. Sur une pièce anatomique qu'il a conservée, on voit plusieurs excroissances attachées par des pédicules étroits, et d'autres offrent une large base et paraissent formées par de l'albumine. Il en est qui semblent tout-à-fait graisseuses, et quelques-unes ont paru même avoir de l'analogie avec le produit encéphaloïde. Ces masses solides se forment le plus souvent dans l'intérieur des kystes; mais quelquefois elle se créent en dehors. Ces kystes seraient formés, d'après M. Brodie, par la dilatation des vaisseaux galactophores et il en donne pour preuve l'écoulement du sérum par le mamelon, la possibilité de vider le kyste par la pression et de faire pénétrer par l'orifice du mamelon une soie de porc jusque dans la cavité du kyste. Ces espèces de kystes se rencontrent principalement chez les femmes célibataires et chez celles qui n'ont pas fait d'enfans; toute-

fois, ajoute M. Brodie, il y a des exceptions à cette règle.

Quand ces kystes sont multiples, on trouve généralement une tumeur plus volumineuse que les autres qui sont très petites. Ces kystes peuvent être mous si on les ponctionne dans leur première période, ils se vident complétement et l'on ne sent plus rien au toucher, ce qui prouve qu'ils sont très minces.

Du reste ces tumeurs sont indolentes et elles se développent très souvent à l'insu des malades jusqu'à ce qu'une circonstance occasionnelle vienne leur en déceler la présence. Elles ne s'étendent pas aux ganglions de l'aisselle, et peuvent rester plusieurs années à l'état latent.

Le plus ordinairement ils ne produisent pas d'ulcérations à la peau, et cependant cela est possible et peut s'observer lorsque la distension du kyste est excessive, et c'est alors qu'une rupture a lieu qui laisse écouler le sérum contenu dans la poche morbide et qu'un ulcère de mauvaise nature s'établit, M. Brodie conseille de l'extirper de bonne heure. Bien que cette affection ne soit pas cancéreuse, elle peut néanmoins causer la mort des malades par suite de l'irritation locale qu'elle détermine dans les tissus.

Dans la première période, cette affection, d'après M. Brodie, peut guérir sans opération, et il rapporte, à l'appui de son opinion, douze cas de guérison radicale, obtenus par les résolutifs. M. E. Stome, qui a fait usage des mêmes moyens, semble avoir été moins heureux.

Quoi qu'il en soit, quand la maladie est parvenue à la deuxième période, l'opération est le seul moyen de guérison; mais pour prévenir toute récidive, il faut, dit M. Brodie, enlever le sein en totalité; car si on n'en extirpe qu'une partie. il est très possible qu'il y ait déjà à l'état de germe,

dans la portion restante, de petits kystes qui amèneront des récidives.

Les tumeurs laiteuses ou butyreuses, comme le disent quelques auteurs, sont encore peu connues. Il suffira de jeter un coup-d'œil sur les ouvrages qui en font mention pour voir qu'ils ont mal apprécié la nature de la cause qui produit les kystes lactés et le mécanisme de leur formation. Quelques pathologistes ont été jusqu'à nier la possibilité de la dilatation des vaisseaux galactophores, et d'autres l'ont admise seulement dans de certaines limites. M. Nélaton, qui a publié une thèse sur les tumeurs de la mamelle, pense qu'en supposant que les conduits lactés fussent susceptibles de dilatation, ils ne pourroient, suivant lui, se dilater qu'à un très faible degré; car il ne suppose pas qu'ils puissent acquérir le volume d'une orange, comme dans le cas de Cooper, ou celui d'un gros œuf de poule, comme dans le fait observé par Dupuytren. Avec Boyer, notre jeune et distingué confrère admet que la tumeur est formée par un épanchement de lait consécutif à la rupture de quelques vaisseaux galactophores. Nous pensons que l'observation que nous venons de rapporter mettra hors de doute la possibilité de la dilatation des conduits lactés et démontrera en même temps jusqu'à quel point ils peuvent subir un développement inattendu. Cooper avait pensé qu'ils pouvaient se dilater à la manière du conduit de Warthon, dans la grenouillette et c'est avec raison qu'il avait émis cette opinion qui fut d'abord repoussée comme peu probable.

Je crois devoir donner ici l'extrait d'une observation de kyste lacté dont la nature me paraît indubitable. Elle est rapportée dans l'ouvrage de Boyer, qui lui-même l'a puisée dans la traduction italienne de Richter. Boyer regarde cette

tumeur, à tort, suivant nous, comme un véritable épanchement de lait.

Une paysanne, âgée de vingt ans, d'une constitution forte, dont les seins étaient très développés, s'aperçut, dix jours après un second accouchement, d'un gonflement axillaire du côté gauche, à-peu-près indolore, lequel n'avait été précédé d'aucun travail inflammatoire. Cet engorgement n'empêcha pas cette femme de continuer à allaiter son enfant, et elle le fit surtout sans ménagement du côté malade, dans l'espoir de faire disparaître cette tuméfaction. Mais elle fut trompée dans son attente; car elle vit bientôt l'écoulement du lait cesser et devenir impossible, et dès-lors le sein prit un accroissement considérable, et le volume de la mamelle devint tel, que lorsque la malade était assise, la tumeur reposait sur la cuisse gauche. La peau était saine, et les veines sous-cutanées avaient subi une dilatation remarquable. Une ponction fut pratiquée, et bientôt il s'échappa par la canule une grande quantité de lait parfaitement pur et de très bonne nature. Avant de retirer la canule, lorsque la tumeur eut disparu par l'évacuation du liquide lacté, l'opérateur pratiqua une incision d'un pouce de haut en bas, afin de pouvoir introduire une mèche qui devait favoriser l'écoulement du sang, de la sérosité et du lait, et exciter une inflammation adhésive des parois de la poche.

L'analyse du liquide obtenu démontra que c'était bien du lait qui n'avait subi aucune altération. Comme il s'accumulait de nouveau dans l'intérieur de la poche, le chirurgien fit une contre-ouverture et plaça un seton qui traversa le kyste et permit au fluide de sortir sans difficulté. La malade dut sa guérison à ce dernier moyen et l'affection ne récidiva pas.

Je pourrais encore citer ici des faits plus ou moins analogues; mais je me bornerai à dire que le lait peut, à la longue, subir des altérations et simuler d'autres lésions. Ainsi, M. Velpeau extirpa, en 1837, une tumeur du sein qui avait le volume des deux poings, présentant des bosselures très saillantes et d'une consistance qui tenait le milieu entre celle des corps fibreux et celle des produits encéphaloïdes non ramollis. Elle était essentiellement constituée par une matière concrète d'un jaune homogène, ayant absolument l'aspect du fromage ou du beurre en grande partie desséché; l'analyse microscopique y démontra la présence des globules du lait. La maladie récidiva, et son développement a été tellement rapide, que quatre mois après l'opération, il existait plusieurs tumeurs bosselées; elles étaient formées par de la matière encéphaloïde mêlée à une production caséeuse. Il est évident que chez la malade dont on a rapporté l'observation, le cancer était un mélange de substances laiteuse et encéphaloïde. On ne peut rien conclure de plus de ce fait. Ce n'est pas la première fois que l'on observe des tumeurs composées, et cependant on ne s'avise jamais de nier l'existence de l'une pour admettre l'autre exclusivement. D'ailleurs, ici il ne s'agissait pas, à proprement parler, d'un kyste, mais probablement du lait sorti de ses conduits et mêlé à de la matière encéphaloïde.

Il n'est pas rare d'observer la rupture des vaisseaux lactés, et alors le lait s'infiltre dans l'épaisseur de la mamelle. C'est ce que M. Velpeau a été à même d'observer.

De tout ce qui précède, il résulte que, s'il est vrai que les vaisseaux galactophores peuvent être rompus et donner lieu à des épanchemens circonscrits ou diffus de lait, il n'en demeure pas moins parfaitement établi aussi qu'ils peuvent se

dilater et former des poches considérables qui conservent le lait à l'état de pureté pendant un temps plus ou moins long.

L'observation dont nous venons de donner une analyse le prouve, et les pièces d'anatomie pathologique dont nous avons donné la description le démontrent surtout d'une manière irréfragable. Boyer a donc commis une erreur en disant que les tumeurs lactées étaient toujours formées par l'épanchement du lait sorti de ses canaux rompus.

Il ne sera pas sans utilité de dire quelques mots sur l'étiologie des kystes lactés.

A quelle cause est due une pareille maladie, et, en supposant qu'elle soit appréciable, de quelle manière la dilatation des vaisseaux galactophores s'opère-t-elle? Elle ne doit certainement pas se faire de la même manière dans les conduits principaux et les conduits secondaires. Mais disons de suite ce que l'expérience nous a appris au sujet de la cause productrice. Chez notre malade, nous avons vu qu'une inflammation du sein, légère il est vrai, avait précédé la tumeur, et que c'est depuis ce moment qu'elle a paru et qu'elle s'est développée. C'est à son premier accouchement que cet accident se déclara, et c'est depuis ce moment que la mamelle est toujours demeurée plus grosse. Que s'est-il passé alors? Trois choses ont pu arriver :

1° La stagnation du lait, par suite du resserrement d'un ou de plusieurs conduits galactophores;

2° La coagulation de ce liquide, ou de quelques-uns de ses principes;

3° L'oblitération des conduits lactés par suite d'ulcérations et d'inflammations adhésives.

Ces trois manières de voir sont admissibles; car tout semble faire penser que ces idées sont l'expression d'une vérité

démontrée par l'anatomie pathologique et le mécanisme de la formation de ces kystes.

Tous les jours nous avons l'occasion d'observer des rétentions de lait déterminées par des ulcérations, des engorgemens des mamelons ou des inflammations des conduits lactés. C'est alors que l'on sent, en promenant la main à la surface du sein, des espèces de cordes tendues produites par la distension des conduits lactifères.

N'avons-nous pas observé sur la curieuse pièce d'anatomie pathologique que nous possédons, des ulcérations sur différens points de l'intérieur du kyste. Cooper a admis que ces engorgemens laiteux étaient déterminés par une inflammation lente des conduits galactophores situés au voisinage du mamelon, laquelle produisait ensuite leur oblitération dans l'étendue d'un pouce et plus. Il a comparé ce qui se passe alors, avec ce qui a lieu dans la grenouillette.

L'inflammation est, sans contredit, la cause la plus commune. Mais il me paraît à-peu-près certain que la coagulation du lait peut aussi entrer comme cause dans la production de cette affection. Ce que nous avançons ici repose sur des faits; car nous avons, en effet, rencontré du lait coagulé dans les conduits galactophores de plusieurs cadavres. L'inflammation, la coagulation du lait, le rétrécissement des conduits excréteurs et leur oblitération, sont autant de causes qui favorisent leur dilatation et la formation des kystes. Tout obstacle à l'écoulement d'un liquide devient cause, comme on le sait, de la dilatation d'un conduit excréteur quelconque.

L'existence des valvules à l'embouchure de chaque conduit lacté sert à expliquer les dilatations successives des conduits secondaires, lorsque le lait accumulé par colonnes

abaisse la valvule et la comprime de manière à effacer la lumière du vaisseau et à empêcher la circulation du lait.

Que fallait-il faire chez notre malade? Devions-nous nous borner à évacuer par la ponction le liquide contenu dans cette poche ? Nous pensâmes bien à pratiquer une ponction explorative ; mais nous dûmes abandonner l'idée d'une cure radicale par ce moyen. Bientôt, en effet, le liquide se serait reproduit, et la tumeur se serait développée comme par le passé.

Si la tumeur eût été moins volumineuse, on aurait pu la traiter par les résolutifs avec l'espoir du succès ou songer à faire une injection aqueuse par le mamelon pour désobstruer les conduits. Mais comment alors atteindre le vaisseau malade ? D'ailleurs les ulcérations étendues qui existaient dans l'intérieur de la poche nous apprirent que ces simples injections n'auraient pu suffire. Nous dûmes donc diriger nos vues vers une autre médication, et dès-lors nous pensâmes à l'oblitération du sac ou à son extirpation. Deux méthodes se présentèrent pour provoquer l'oblitération, le séton et l'injection.

Le séton a réussi dans le cas fort remarquable que nous avons cité. En eût-il été de même chez notre malade? Nous en doutons d'autant plus volontiers que la poche offrait une grande étendue et d'ailleurs on aurait pu exposer la malade à une mammite violente et à des érysipèles graves, qui régnaient alors épidémiquement dans les salles de l'hôpital Saint-Louis. Ce séton, du reste, aurait dû être répété sur trois tumeurs différentes, et, en supposant qu'il eût produit l'oblitération de ces trois poches, il aurait encore exposé la malade à la récidive, à cause des dilatations des conduits secondaires. Il restait donc à employer les injections irritantes, qui me parurent dangereuses à mettre en usage, à cause de l'étendue du kyste. L'examen de la pièce nous a

appris que nous avions bien fait de ne pas pousser un liquide irritant dans l'intérieur de cette poche. Les valvules, en effet, se seraient opposées à la pénétration du liquide dans les conduits, et alors l'oblitération se serait bornée à la poche principale ; au reste, plusieurs injections eussent été nécessaires, et par elles on se serait exposé à des inflammations diffuses, par cela même qu'il existait des ulcérations et que, dans d'autres endroits, les valvules avaient été en partie effacées, d'où alors, pénétration de la liqueur injectée jusqu'au cul-de-sac du conduit.

Je fis donc bien de préférer l'extirpation, comme méthode plus sûre et moins dangereuse.

Je ne reviendrai plus sur la manière dont elle fut exécutée ; mais je dirai que, si j'avais à la pratiquer une seconde fois, je ne réunirais pas immédiatement les lèvres de la plaie par la suture, parce que la réunion par première intention est impossible, à cause du lait qui s'écoule de tous les points de la surface de la plaie, et parce que, en second lieu, il faut provoquer l'oblitération des conduits lactés par l'inflammation et la suppuration. Ajoutons que nous avons lieu de nous applaudir de n'avoir enlevé le sein que partiellement, puisque cette opération a suffi pour oblitérer les vaisseaux qui se rendaient aux kystes et qui seuls auraient pu exposer à la récidive.

Reste à savoir si on pourrait prévenir le développement de cette maladie? Je pense qu'on y parviendra en évitant les causes de compression, d'irritation des seins, en combattant les ulcérations aussitôt qu'elles se présentent, en suspendant la lactation et en supprimant même la sécrétion du lait par un régime convenable et des dérivatifs sur le canal intestinal.

TRAITEMENT DES OPHTHALMIES PURULENTES;

Par Félix D'Arcet, docteur-médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Jamais, peut-être, aucun point de doctrine ne fut autant controversé que celui qui va faire le sujet de ce travail; et si, dans le cours des études sur la pathologie des ophthalmies, nous nous sommes trouvé souvent en d'extrêmes perplexités au sujet de bien des points en litige, plus que jamais nous allons avoir à subir ici les mêmes difficultés, les mêmes contradictions, en présence de l'indécision qui règne encore à cette heure sur la valeur plus ou moins grande de telle ou telle thérapeutique.

Au milieu de ce chaos d'opinions, de remèdes, de doctrines, il sera peut-être possible de saisir quelques indications qui pourront nous guider.

Dans l'aspect général de la maladie, abstraction faite de cause, de pays, d'âge, trois phénomènes apparaissent, constans, communs, inséparables, pathognomoniques :

1° Un état local, } qu'on peut appliquer aux phleg-
2° Un état général, } masies.

3° Des altérations anatomiques concomitantes ou consécutives.

Des indications thérapeutiques découlent de ces symptômes; et, après avoir lu et soigneusement étudié ce qui a été écrit sur le traitement de ces maladies, nous dirons avec Mackenzie que le traitement qui réussit le mieux consiste dans l'emploi des antiphlogistiques d'une part, et des astringens d'autre part. On ne doit négliger ni l'un ni l'autre

de ces deux ordres de moyens; il faut les employer tous deux avec soin.

Les altérations consécutives, quant à celles qui peuvent réclamer l'intervention de la chirurgie, comme le leucôme, l'ectropion, la cataracte, etc., ne doivent pas nous occuper ici; nous ne comprendrons dans ce chapitre que les granulations et les autres affections aiguës ou chroniques de la conjonctive, qu'on voit accompagner toujours, ou dans le plus grand nombre des cas, les ophthalmies purulentes, tels que le pannus, le ptérygion, etc.

Mais cette règle de traitement, exacte quant à son principe, devra être modifiée, bien entendu suivant l'âge, les forces des malades, et la gravité de la maladie; quelques formes particulières nécessiteront même, comme nous le verrons plus loin, des changemens plus ou moins complets dans son application.

Chez les adultes, que je prendrai pour type de l'exposé de ce traitement, toute ophthalmie purulente sera soumise à la thérapeutique dont nous allons exposer les détails, et qu'on peut diviser en deux parties.

1° Une médication générale ou dynamique;

2° Une médication locale ou topique.

Enfin, certaines conditions de ces maladies, certains modes de développemens, pouvant faire espérer que des soins hygiéniques ou des précautions sanitaires en arrêteront la naissance ou la marche, il convient d'ajouter à l'ensemble du traitement médical un exposé des divers moyens prophylactiques qui ont été proposés par les auteurs dont les principes et les travaux nous ont servi de guides.

Traitement général ou dynamique.

Saignée veineuse jusqu'à la syncope ; artériotomie ; sangsues à la tempe ou à l'apophyse mastoïde, à la face interne des paupières, ou appliquées en permanence, d'après la méthode de M. Gama, pour les plaies de tête ; ventouses scarifiées.

L'état du pouls doit être interrogé avec soin ; car des saignées trop abondantes affaiblissent le malade, et, suivant Mackenzie (1), peuvent favoriser la désorganisation de l'œil. Ces pertes sanguines doivent être faites au début de la maladie, le plus hardiment possible et sans le moindre retard, dans une des formes de ces maladies, l'ophthalmie gonorrhoïque.

Chez les enfans, on pourra appliquer une sangsue ou deux à la région temporale ; mais chez eux, on aura plutôt recours, comme moyen d'évacuation du système vasculaire, à l'emploi des scarifications sur la conjonctive.

Ces scarifications devront, chez les adultes, accompagner les émissions sanguines générales, et on devra y revenir sans crainte tous les deux ou trois jours, soit en incisant les bourrelets chémosiques oculaires ou palpébraux, soit en les excisant d'après le procédé de M. Tyrrell. En se comportant ainsi, deux indications sont remplies : 1° une saignée locale abondante est pratiquée ; 2° on sait que la plupart des médecins, considérant la perforation de la cornée ou sa rupture comme produite par la gangrène dont se trouve frappée cette membrane, à la suite de l'étranglement que le chémosis amène dans ses vaisseaux de nutrition, regardaient

(1) *Traité pratique des maladies des yeux*, Paris, 1844, in-8.

cette opération comme un débridement, et un moyen de détruire les obstacles à la circulation cornéale. Sanson, s'emparant de cette idée, la propagea et la couvrit de l'autorité de son nom et de son expérience : il y ajouta la cautérisation annulaire péricornéale, et l'application du nitrate d'argent sur les surfaces excisées. Des succès incontestables et incontestés sont dus à cette méthode.

Mackenzie va plus loin encore comme hardiesse dans la pratique de l'excision ; il n'hésite pas à conseiller de retrancher tout le bourrelet chémosique qui vient faire hernie entre les paupières. « Cette opération, ajoute-t-il, est le moyen le plus efficace que je connaisse pour combattre la maladie. »

Cependant, il semble qu'une certaine réserve doive être apportée dans la pratique de cette opération : car, dans l'état de gonflement où se trouve la conjonctive, il est impossible d'apprécier quelle est la quantité qui peut être retranchée sans courir le danger de faire naître un entropion ou un trichiasis, quand les membranes seront revenues à leur étendue ordinaire.

Le malade doit rester en repos dans un appartement bien aéré et soustrait à la lumière, et être soumis, du reste, au régime convenable à toutes les affections graves : diète, boisson délayante, etc.

Les purgatifs peuvent être associés aux saignées, et paraissent avoir non-seulement une action révulsive, mais encore une action dynamique ou hyposthénisante sur l'affection oculaire : certains états de la langue et des voies digestives en indiquent l'emploi, et le médecin se guidera sur ces complications. De tous les purgatifs employés en Allemagne et en Angleterre, nous pensons que l'eau de

Sedlitz ou l'huile de ricin sont ceux qui conviennent le mieux.

Les émétiques à dose vomitive, et administrés coup sur coup, ont été vantés par quelques-uns, M. Jourdain, entre autres (1) ; mais leur emploi ne s'est pas répandu : ils doivent avoir l'inconvénient de congestionner encore plus la tête par les efforts qu'ils amènent.

Le copahu et le cubèbe ont été recommandés par MM. Roux et Velpeau, dans l'ophthalmie gonorrhoïque ; enfin, Beer, Ritcher, et autres, ont conseillé, dans la même affection, de rappeler l'écoulement uréthral : mais comme il est extrêmement rare qu'il soit supprimé, on voit ce que vaut ce précepte.

Des pédiluves synapisés, en ayant bien soin de garantir les yeux contre l'action de l'huile essentielle de moutarde qui s'évapore, et quelques boissons diaphorétiques, seront associés avec avantage aux moyens précédens.

Les Anglais vantent beaucoup le calomel uni à l'opium ; Mackenzie l'administre jusqu'à salivation, et se loue beaucoup de son emploi.

Dans l'ophthalmie des nouveau-nés, les moyens généraux perdent beaucoup de leur importance ; c'est chez eux que les moyens locaux que nous allons avoir à développer sont le plus souvent suivis de succès, et quelquefois même héroïques.

Leur prééminence, à cet âge, ressort tout-à-fait et de l'expérience générale et d'une discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine au sujet du mémoire de M. Caffe sur l'ophthalmie purulente des armées ; discussion où MM. P. Dubois, Baron, Velpeau s'accordèrent pour citer des suc-

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, t. IV, page 382.

cès à-peu-près constamment obtenus à l'aide de ces moyens (1).

Traitement local ou topique.

Quelle que soit l'énergie des moyens antiphlogistiques généraux, quelle que soit la précision et l'à-propos de leur emploi, il résulte de l'observation journalière que, seuls, ils sont le plus souvent impuissans pour entraver la marche de la maladie et arrêter ses ravages. L'unanimité est donc à-peu-près acquise à l'opinion rapportée plus haut, savoir : que la seule chance de salut est dans la combinaison rigoureuse et rapide des deux modes de traitement; je dirai plus, c'est que si une des deux médications, isolée, pouvait amener quelque succès, ce serait encore par la médication topique seule que, suivant MM. Kennely et Ireland, l'ophthalmie des enfans pourrait être *jugulée*, comme on dit à présent. M. Dequevauviller nous apprend la même chose, et M. Velpeau va plus loin encore: ne se contentant pas de regarder la médication topique comme seulement applicable au jeune âge, et abandonnant l'excision ou l'incision, il adopte l'emploi de la dissolution concentrée du nitrate d'argent (2 gr. sur 30 gr. d'eau), et regarde cette méthode comme la plus puissante et la plus efficace de toutes celles que la thérapeutique possède pour combattre les accidens qu'entraînent les ophthalmies purulentes, gonorrhoïques ou autres. Quelques observations qui vont suivre, tirées de la Clinique de M. Velpeau, nous démontreront ses succès, et en même temps nous serviront de guide dans l'administration du médicament et dans le traitement à suivre en pareil cas (2).

(1) *Annales d'oculistique*, t. II, p. 104.
(2) *Gaz. méd.*, 1842, p. 216.

Observations de traitement d'ophthalmies purulentes par la solution concentrée de nitrate d'argent.

Obs. Ire. — Élisa Bonnet, âgée de vingt-trois ans, domestique, entra à l'hôpital le 27 novembre 1839. Cette femme est d'une constitution moyenne, tempérament sanguin, habituellement bien portante, ayant toujours été bien réglée. Il y a cinq jours, elle commença à ressentir (sans cause connue) une douleur, une démangeaison dans l'œil droit; le lendemain, cet œil était très rouge, et la douleur avait augmenté; l'œil gauche devint également malade; depuis ce moment, la maladie a continué à marcher; la douleur est devenue plus vive: il est survenu de la photophobie et un peu de larmoiement.

Le 28, à la visite du matin, la malade est dans l'état suivant: les paupières sont rouges et fermées; elle ne les ouvre que très difficilement. Les cils sont collés et couverts ainsi que le bord libre des paupières, d'un pus épais, verdâtre et abondant. La conjonctive des deux yeux est rouge, boursouflée, présente quelques granulations, et est couverte d'une couche purulente verdâtre. Le chémosis est plus considérable à droite qu'à gauche, et la conjonctive forme autour de la cornée un bourrelet très saillant, du côté droit surtout. La cornée a conservé sa transparence normale. La malade se plaint de douleurs dans toute la partie antérieure de la tête. Le pouls est mou, peu fréquent, sans réaction.

On met dans les yeux de la malade de la solution de nitrate d'argent à demi-gros par once d'eau, deux fois par jour. Elle va prendre une bouteille d'eau de Sedlitz ; diète.

Le 29, la malade va mieux : elle dit que les yeux lui font

moins mal; le boursouflement de la conjonctive a diminué; la sécrétion purulente est beaucoup moins abondante; les douleurs de la tête sont beaucoup moins vives; la bouteille d'eau de Sedlitz n'a produit que trois selles.

On continue la solution à demi-gros deux fois par jour; on donne le quart d'alimens.

Le 30, le mieux est beaucoup plus marqué; la sécrétion purulente a disparu; il n'y a même plus de chémosis. Même traitement.

Le 1er décembre, la malade est presque guérie: il ne lui reste plus qu'un peu de rougeur de la conjonctive.

Le 3, la malade sort: elle est tout-à-fait guérie.

Obs. II. — Marie Darvilliers, âgée de seize ans, couturière, entre à l'hôpital le 16 novembre 1829. Cette malade est d'une constitution moyenne; tempérament lymphatique, elle n'est pas encore réglée; elle dit que depuis dix-huit mois elle a toujours eu un peu mal aux yeux, ce qui ne l'empêchait pas de travailler. Il y a six jours, elle commença à ressentir dans l'œil gauche une douleur vive, avec prurit incommode; le lendemain, les paupières étaient rouges et gonflées; le surlendemain, la douleur et le gonflement avaient beaucoup augmenté, et la malade ne pouvait plus ouvrir les paupières, qui étaient fortement collées; depuis hier il s'en écoule une assez grande quantité de pus.

Le 17, à la visite du matin, la malade est dans l'état suivant; les paupières de l'œil gauche sont gonflées, rouges, luisantes; les cils sont imprégnés et collés par un pus épais, verdâtre, dont une certaine quantité coule sur la joue; la conjonctive est d'un rouge vif, boursouflée, couverte d'une couche purulente, et forme autour de la cornée un bourrelet très épais; la cornée offre une légère teinte verdâtre;

l'œil droit ne présente rien d'anormal, qu'une conjonctivite très légère.

On met dans l'œil gauche de la solution de nitrate d'argent à un demi-gros deux fois par jour.

Le 18, la malade est beaucoup mieux ; le chémosis est moins considérable ; la sécrétion purulente moins abondante, On continue le même traitement.

Le 19, le mieux continue : la sécrétion purulente a beaucoup diminué ; on continue la solution à un demi-gros.

Le 20, la sécrétion purulente a tout-à-fait cessé ; la conjonctive est moins rouge, moins boursouflée ; mais les paupières restent rouges et gonflées.

Le 21, il n'y a plus de chémosis ; mais la rougeur et le gonflement des paupières persistent.

On cesse la solution de nitrate d'argent, et on lotionne les paupières avec de l'eau de guimauve.

Le 23, le gonflement des paupières a un peu diminué ; mais on aperçoit un petit ulcère sur le bord de la cornée, il y a larmoiement et photophobie avec vascularisation kératidienne de la conjonctive. On met dans l'œil de la solution de nitrate d'argent à 1 grain.

Le 28, il n'y a pas de changement bien notable, c'est-à-dire qu'il reste à la malade une kératite ulcéreuse assez légère, que l'on combat par les moyens ordinaires (nitrate d'argent à 1 grain, vésicatoire au-dessus de l'orbite).

OBS. III. — Kraft (Jean), âgé de cinquante-et-un ans, tailleur, entre à l'hôpital le 22 novembre 1839. Ce malade est d'une constitution moyenne, mais détériorée ; depuis plusieurs années, il a les yeux un peu rouges ; il y a quinze jours, il y ressentit tout-à-coup une douleur assez vive, accompagnée de picotemens. Le lendemain, ses yeux étaient

injectés et beaucoup plus rouges qu'à l'ordinaire, il y avait un larmoiement assez abondant. Ces symptômes sont restés à-peu-près stationnaires jusqu'à il y a quatre jours ; mais, depuis ce moment, ils se sont beaucoup aggravés : la conjonctive est devenue d'un rouge vif, et s'est légèrement boursouflée ; les douleurs sont devenues plus vives, et, depuis deux jours, le malade y voit à peine pour se conduire.

Le 23, à la visite, il est dans l'état suivant : la conjonctive palpébrale et oculaire est d'un rouge vif très intense : elle est recouverte d'une couche purulente, et présente un peu de boursouflement, ou des granulations nombreuses, le bord libre des paupières est également rouge, enflammé, et bordé de croûtes fournies par le pus desséché. On met dans les yeux de ce malade de la solution de nitrate d'argent à un demi-gros. On lui donne le quart d'alimens.

Le 24, il n'y a pas de changement notable ; on continue la solution à la même dose.

Le 25, le malade est mieux, la conjonctive est moins rouge, la sécrétion de pus moins abondante ; on suspend le traitement.

Le 26, on met de nouveau de la solution à un demi-gros, on alterne ainsi jusqu'au 29. Ce jour-là, le malade est beaucoup mieux ; la sécrétion purulente a tout-à-fait disparu ; la rougeur de la conjonctive a beaucoup diminué.

Le 2 décembre, le malade sort. La conjonctive purulente a tout-à-fait disparu ; il ne lui reste plus que quelques granulations anciennes sur la conjonctive palpébrale, et une injection très légère de la conjonctive oculaire.

Obs. IV. — Meuter, âgé de vingt-trois ans, tailleur, entre à l'hôpital le 20 novembre 1839 ; ce malade est d'une constitution moyenne, tempérament un peu lymphatique. Il y a

deux ans et demi, il eut une blennorrhagie qui lui dura cinq à six mois : il a contracté, il y a trois semaines, une blennorrhagie, à laquelle il n'a rien fait, et qui existe encore aujourd'hui. Il y a trois jours, il commença à ressentir, sans cause connue, une douleur et de légers picotemens dans l'œil gauche. Avant-hier matin, les paupières étaient tellement gonflées, que le malade ne pouvait les écarter ; ce jour-là, l'œil droit devint également malade, et la maladie suivit la même marche qu'à l'œil gauche. Hier, les symptômes sont aggravés.

Aujourd'hui 21, le malade est dans l'état suivant : les paupières des deux yeux sont rouges et très gonflées ; le malade ne peut les écarter ; un pus blanc, épais, légèrement verdâtre, s'en écoule continuellement, les cils en sont remplis, et les joues du malade en sont couvertes ; la conjonctive palpébrale et oculaire est rouge, boursouflée ; elle est couverte du pus qu'elle sécrète sans cesse, et forme autour de la cornée un bourrelet très épais qui recouvre presque la moitié de cette membrane. La cornée est encore nette et sans opacité ; le malade se plaint de douleurs dans toute la partie antérieure de la tête. Il n'y a pas de réaction ; le pouls est mou, dépressible, et donne 75 pulsations. Prescription : une saignée de 4 palettes ; solution de nitrate d'argent à demi-gros (dans les yeux), deux fois par jour ; frictionner le bord libre des paupières avec de la pommade au nitrate d'argent, également à un demi-gros, à prendre dans la journée.

Le 22, le chémosis est un peu diminué, surtout à droite ; la suppuration est moins abondante, mais la cornée de l'œil gauche commence à se prendre ; une tache purulente, d'une form semi-lunaire à convexité tournée en haut, en occupe

le tiers inférieur; les douleurs sus-orbitaires ont augmenté. Deux saignées, une le matin, une le soir; lotionner largement les yeux avec la solution de nitrate d'argent à 1 grain; 16 grains de calomel avec 2 grains d'extrait de thébaïque à prendre en 8 paquets. On supprime le copahu et le cubèbe.

Le 23, il n'y a pas de changement bien notable; cependant la suppuration paraît moins abondante. Les douleurs sus-orbitaires sont moins vives. L'abcès qui envahissait la cornée ne s'est pas étendu. Une saignée de 4 palettes, 20 sangsues aux mastoïdes; 12 grains de calomel avec 2 grains d'extrait de thébaïque en 6 paquets; lotionner les yeux avec la solution de nitrate d'argent à 1 grain.

Le 24, le malade est pis; la cornée du côté gauche est presque entièrement envahie par le pus; elle est complétement opaque dans ses deux tiers inférieurs, elle est ramollie et sur le point de se perforer à son centre; la suppuration est plus abondante. Solution de nitrate d'argent à un demi-gros, deux fois par jour, dans les deux yeux; 12 grains de calomel en 6 paquets.

Le 25, il y a un mieux très marqué. La suppuration est moins abondante; le chémosis a diminué; la cornée de l'œil gauche est moins opaque, et semble se raffermir. Le malade se plaint d'avoir mal à la bouche. Il n'y a point de salivation. On continue la solution de nitrate d'argent à un demi-gros; on cesse le calomel, et on donne le mélange de copahu et de cubèbe.

Le 26, le mieux continue; le boursouflement de la conjonctive a beaucoup diminué des deux côtés; la suppuration a presque cessé; la résorption du pus, qui infiltrait la cornée du côté gauche, continue à s'effectuer. Même traitement.

Le 27, le chémosis a disparu ; la suppuration a cessé ; l'opacité de la cornée du côté gauche a diminué excepté à son centre, où il est resté un grumeau de pus infiltré entre ses lames et faisant saillie au dehors. Il y a synéchie antérieure très prononcée. La cornée du côté droit est parfaitement nette, et le malade y voit bien de cet œil. On continue le même traitement.

Le 30, le grumeau qui occupait le centre de la cornée gauche a disparu, et fait place à un ulcère profond à travers lequel s'engage une petite portion de l'iris. La synéchie persiste.

Le 4 décembre, l'œil droit est tout-à-fait guéri ; l'opacité du côté gauche diminue de plus en plus ; la hernie de l'iris reste dans le même état, elle a environ le volume d'une grosse tête d'épingle. On établit la compression sur l'œil au moyen d'un monocle.

Le 6, on lève le bandage ; le myocéphalon a disparu, il ne reste plus qu'un ulcère qui commence à se cicatriser. La conjonctive, de ce côté, conserve la vascularisation ordinaire à la kératite. La blennorrhagie, dont le malade était affecté, existe encore. On continue le mélange de copahu et de cubèbe, et on met de la solution de nitrate d'argent à 1 grain dans l'œil gauche.

Le 9, la cornée de l'œil gauche s'éclaircit de plus en plus ; l'ulcère continue à se cicatriser. La blennorrhagie a disparu. On continue le nitrate d'argent à 1 grain, et le mélange de copahu et de cubèbe.

Le 12, le malade sort. L'ulcère n'est pas encore cicatrisé, mais il est beaucoup moins profond. La vascularisation de la conjonctive a beaucoup diminué. L'opacité de la cornée a presque disparu, il ne reste plus qu'un peu de suffusion

dans sa moitié inférieure; les adhérences de l'iris avec la cornée commencent à se rompre, et la synéchie est beaucoup moins prononcée. Le malade ne voit pas assez de cet œil pour déterminer la forme des objets, mais il distingue facilement le jour de la nuit; l'œil droit est complétement guéri, et la vision de ce côté est parfaitement nette.

M. Gouzée (1) combine avec un succès constant, dit-il, les mouchetures de la conjonctive et la cautérisation avec le nitrate d'argent solide.

Les émolliens paraissent devoir être rejetés, dans la presque généralité des cas, du nombre des remèdes locaux à employer contre l'affection qui nous occupe; M. Villeneuve, cependant, s'est constitué leur défenseur.

L'œil doit être entouré des soins de propreté les plus minutieux; et je tiens de l'expérience de M. Rognetta, qu'une irrigation continue d'eau froide lui a procuré plusieurs succès. Saunders et Mackenzie recommandent de laver l'œil très souvent avec la dissolution suivante, employée tiède :

Eau.	250	gram.
Sublimé.	5	cent.
Sel ammoniac. . . .	30	cent.
Vin d'opium	8	gram.

Mais le nitrate d'argent solide, et mieux encore sa dissolution, sont les meilleurs moyens de produire la contraction des vaisseaux enflammés ou congestionnés, et d'arrêter ou de diminuer l'écoulement. On a beaucoup varié dans la force à donner à cette dissolution, qui a été portée depuis 5 centigrammes jusqu'à 4 gram. pour 32 gram. d'eau. Ridgway

(1) *De l'ophthalmie qui règne dans l'armée belge*, 1842, in-8.

préconise le collyre qui en contient un demi-gramme par 32 gram. d'eau. On se gouvernera d'après l'état de boursouflement de la conjonctive, l'ancienneté de la maladie et l'âge du sujet; ne perdant pas de vue ce point important, c'est que, dans l'ophthalmie gonorrhoïque, le traitement doit être plus actif encore que dans les autres.

On ne se bornera pas à une seule application du collyre caustique, et la méthode ectrotique doit être appliquée dans toute sa sévérité; les cautérisations seront répétées tous les jours ou tous les deux jours.

Comment expliquer cette action du nitrate d'argent? Est-il caustique ou spécifique? agit-il par contraction sur les vaisseaux comme astringent, ou imprime-t-il à la maladie un caractère nouveau? Ce point restera long-temps en litige; il vaut mieux admettre, avec M. le professeur Blandin (1), que ce corps modifie la vitalité des tissus par une réaction inconnue dans son principe, mais dont l'existence ne peut être mise en doute, et qui paraît plus évidente encore sur les membranes muqueuses que sur les autres organes.

On ajoutera avec avantage à ces moyens des frictions sur le bord des paupières avec la pommade au nitrate d'argent ou au précipité rouge. Des onctions d'onguent mercuriel belladoné sur la face cutanée des paupières et le tour de l'orbite seront aussi très utiles; car, en même temps qu'elles calmeront les douleurs, souvent extrêmes, par les propriétés narcotiques qu'il emprunte à la belladone, celle-ci aura de plus une action sur la pupille, action qui remplira une des indications du traitement, savoir: d'empêcher les adhérences de l'iris.

(1) Clinique de l'Hôtel-Dieu, 2 avril 1840, et *Gazette médicale*, 1840, p. 157.

On a regardé les douleurs atroces qui accompagnent l'ophthalmie purulente comme causées par la compression de la rétine par les humeurs de l'œil, et alors on a proposé la ponction de l'organe et l'évacuation de l'humeur aqueuse; on espère aussi, par là, prévenir la rupture de la cornée. Mac Gregor et M. Reybard, qui se déclarent les partisans de cette opération, en ont retiré, disent-ils, de grands succès.

On a conseillé aussi le laudanum en collyre: Dupuytren et M. Breschet avaient adopté cette pratique.

Je ne parlerai pas des vapeurs acides ou alcalines, des fumigations émollientes toniques, balsamiques, qu'on a préconisées dans le traitement de ces maladies: elles ne paraissent avoir jamais eu une grande valeur, et, au contraire, elles doivent tendre à congestionner l'œil.

Il n'en est pas ainsi de ce qu'il me reste à dire du calomel en poudre insufflé dans l'œil, qui paraît avoir une influence assez heureuse et assez marquée sur le traitement des ophthalmies purulentes. Ce moyen est indiqué dans plusieurs ouvrages, et je lis en ce moment, dans un journal de médecine, que le docteur Lauer, de Berlin, guérit, dans l'espace de quatre à douze jours, l'ophthalmie purulente chez les enfans, en saupoudrant leurs yeux deux ou trois fois par jour avec du calomel en poudre impalpable. Notons, enfin, que la compression paraît avoir amené quelques succès entre les mains de M. Piorry, qui en vante beaucoup les effets, et la regarda comme héroïque en 1832, lors de l'épidémie d'ophthalmie purulente qui sévit à la maison de refuge.

Ici se borne à-peu-près tout ce qu'il y a de pratique à dire sur le traitement de l'ophthalmie purulente, franche ou aiguë; l'état chronique nécessitera d'insister sur les moyens caustiques, tout en étudiant l'état général, qui pourra récla-

mer tantôt des excitans, tantôt des toniques, tantôt même les antiphlogistiques. La thérapeutique, non plus que la médecine, n'est pas une; elle est variée comme l'organisme auquel elle s'applique.

Passons à l'exposé des moyens qui ont été proposés pour combattre les altérations qu'on rencontre à la suite de l'ophthalmie purulente, altérations que nous avons classées sous le titre de *concomitantes* ou *consécutives*, et qui ne sont que des modifications organiques de la conjonctive, suite de son inflammation.

Traitement des granulations. — Lors de l'épidémie d'ophthalmie purulente qui ravagea la Belgique, les médecins de ce pays, frappés du nombre considérable de récidives, et reconnaissant à l'existence des granulations une influence directe sur la reproduction de la maladie, se sont occupés avec soin de la recherche d'un mode de traitement efficace; mais il s'en faut de beaucoup que leurs efforts aient été couronnés d'un succès constant, et les variations entre les opinions n'ont pas été moins grandes et moins nombreuses sur ce point de doctrine que sur tant d'autres où nous les avons déjà vues si diverses.

MM. Gouzée, Fallot, Varlez, Lutens, Carron du Villards, admettent que dans les granulations résident le germe, le principe et la maladie, et qu'elles doivent être attaquées sans retard et par tous les moyens chirurgicaux et résolutifs possibles; tandis que d'autres médecins pensent que les granulations sont tout simplement un symptôme de la phlegmasie sur-aiguë ou prolongée des muqueuses, et qu'elles ne constituent qu'un épiphénomène sans importance. De là naturellement ressortent deux modes de thérapeutique : l'un, qui consiste dans des soins hygiéniques, dans la temporisation et

dans l'emploi de quelques moyens résolutifs ; l'autre, tout chirurgical, actif, pressant, comme je le disais tout-à-l'heure.

Tant de faits et d'observations de récidive, rapportés par MM. Gouzée, Luteps, Varlez, Decondé, viennent appuyer la première opinion, que nous considérerons les granulations palpébrales comme un état pathologique important, dangereux, et contre lequel doivent être déployées toutes les ressources de l'art.

Dans les cas simples, quand les granulations sont petites, légères, quelques pommades faiblement cathérétiques peuvent suffire : celle au précipité blanc, celle de tuthie, l'onguent noir de Guthrie, des lotions alumineuses, des collyres au sulfate de cuivre, à l'acétate de plomb, au nitrate de cadmium, au nitrate d'argent, pourront trouver leur emploi. La pierre divine, l'alun calciné, le nitrate d'argent solide, pourront être à leur tour employés avec succès ; l'acide acétique affaibli, le suc de citron, dont les Orientaux font usage, paraissent aussi avoir, dans le cas qui nous occupe, des résultats favorables ; quelques révulsifs sur le canal intestinal, des frictions avec les pommades iodurées sur les paupières, ne pourront que faciliter l'action des autres moyens locaux.

Mais quand les granulations sont bien tranchées, quand elles sont considérables et comme sarcomateuses, les ciseaux ou le scalpel doivent en faire justice ; après quoi on touchera les paupières avec la pierre infernale, ou la teinture d'opium, ou le sulfate de cuivre, sans négliger non plus la révulsion intestinale. M. Fallot préfère dans tous les cas la cautérisation avec le nitrate d'argent solide. Tous ces moyens thérapeutiques doivent être accompagnés des soins de propreté les plus minutieux, et le malade placé dans les circonstances hygiéniques les plus convenables.

Malgré cette riche thérapeutique, le dernier mot n'est pas dit encore sur la meilleure voie à suivre dans le traitement des granulations palpébrales. Les expériences tentées pendant la durée de l'ophthalmie en Belgique n'ont pas résolu la question ; et tandis que MM. Lutens et Decondé excisent dans la majorité des cas, M. Cunier cautérise le plus souvent, et M. Vecht cautérise toujours, chacun invoquant la supériorité de sa pratique. Cependant le théâtre de leurs travaux était le même, et jamais les circonstances n'avaient, en apparence, été plus favorables pour résoudre la question.

Il semble que la cautérisation guérira les granulations légères ; tandis que celles qui sont nombreuses, réunies en masses, pédiculées, sarcomateuses, donnant lieu à un écoulement puriforme abondant, devront être excisées en ne déterminant pas toutefois de perte de substance trop considérable à la conjonctive, dans la crainte d'un entropion ou d'un trichiasis consécutif.

J'ai omis à dessein une foule de sous-procédés et de médicamens aussi nombreux qu'insignifians, qui ont été indiqués contre cette maladie.

Pannus. — On appelle ainsi le gonflement vasculaire de la muqueuse kérato-conjonctivale : de là le nom de *télangiectasie,* qui a été donné par certains auteurs à cette maladie. Elle est tantôt légère, bornée à une simple vascularisation ; tantôt grave, constituée par une foule innombrable de petits vaisseaux qui s'entre-croisent entre eux, et donnent à l'œil l'aspect d'une végétation, d'une hypersarcose.

On a expliqué (1) le mécanisme et la production du pannus par le frottement long-temps répété des granulations

(1) Velpeau, *Maladies des yeux*, Paris, 1840, p. 162.

de la conjonctive palpébrale sur la cornée; c'est, dans ce cas, le pannus post-purulent de M. Tyrrell, qu'il faut distinguer du pannus scrofuleux, bien plus rebelle et d'une étiologie toute autre.

Le traitement des granulations s'applique au traitement du pannus : cautérisation, excision, scarification. Les moyens généraux, d'après M. Velpeau, paraissent ici jouer un rôle plus important que dans le traitement des granulations : parmi ces moyens, les purgatifs sont ceux qui ont eu le plus des succès.

Ptérygion. — On appelle ainsi une végétation membraneuse et presque triangulaire qui se forme à la surface de l'œil malade, et à laquelle il faut, je crois, rattacher une altération particulière, observée et décrite par Larrey, pendant sa campagne d'Égypte (1). Elle consistait, chez les hommes et les animaux qui avaient été atteints d'ophthalmie, en une espèce d'onglet susceptible de s'épaissir et de devenir membraneux et corné : caractère propre au ptérygion des auteurs.

Son traitement consiste exclusivement dans l'excision de la masse morbide. Scarpa le disséquait, Demours l'excisait d'un seul coup ; d'autres enfin, Riberi, Boyer, Middlemore, combinant la dissection et l'excision, arrivaient au même but.

Opacités parcellaires de la cornée. — Des collyres, des poudres, le calomel, le sucre candi, la tuthie, l'huile de foie de morue, l'huile de noix, peuvent triompher de cette affection, qui trouverait peut-être encore sa guérison dans l'abrasion de la cornée, comme les travaux de M. Malgaigne peuvent en faire concevoir l'espérance.

(1) *Clinique chirurgicale*, Paris, 1830, tome I, p. 394.

Il me resterait bien encore, si je voulais faire de l'ophthalmologie *à l'allemande*, d'autres altérations à décrire : ainsi, le tylosis, le trachoma, l'unguecula, le sycosis, le pinguecula, devraient prendre rang dans ce travail ; il me faudrait mentionner les différens cercles vasculaires qui environnent la cornée, et traduisent des altérations correspondantes ; les différentes colorations de l'iris, *toutes pathognomoniques* de quelques maladies spécifiques ; les déformations de l'iris, bien *plus caractéristiques* encore, suivant les médecins de l'école voisine : illusion, si elles ne sont pas autre chose, et dont je laisse l'usage comme l'admiration à ceux qui les ont conçues.

Nous bornerons donc là notre étude des modifications pathologiques imprimées par la phlogose ou le principe purulent à la conjonctive oculo-palpébrale, non pas parce que nous regardons les altérations qui viennent de nous occuper comme uniques et caractéristiques de ces ophthalmies, mais parce que ce sont celles qui les accompagnent le plus souvent, et ont une influence plus marquée sur le présent et sur l'avenir des malades.

Traitement prophylactique.

Si la prophylaxie en général peut avoir quelque puissance, ce sera certes en l'appliquant à des maladies où dominent à un haut degré les caractères contagieux, endémiques et épidémiques : aussi la science est-elle riche en projets et en dissertations sur le sujet qui va nous occuper. Malheureusement, les faits ne sont ni aussi nombreux ni aussi évidens.

Chacune des doctrines mises en avant a dû suivre les opinions diverses qui ont régné dans la science au sujet de ces maladies ; et tandis que les uns proposaient de grandes et

larges mesures hygiéniques, les autres se contentaient d'élargir un col d'uniforme, d'alléger les shakos, et de substituer le cuir noir aux buffleteries des soldats, qui nécessitaient pour leur entretien l'usage de substances terreuses, dont la poussière était pour les yeux une cause *manifeste* d'ophthalmie.

Jetons un coup-d'œil rapide sur les moyens prophylactiques les plus rationnels et les plus importans, ceux enfin qui méritent de fixer l'attention, et dont le succès paraît devoir accompagner l'emploi.

Larrey (1) recommande d'éviter avec soin l'impression directe de la lumière et de la poussière sur les yeux, d'être bien couvert de la tête aux pieds pendant la nuit, et de dormir un bandeau sur les yeux; de s'éloigner des endroits humides et marécageux, d'entretenir la transpiration, d'éviter l'abus du vin et des liqueurs, et de soutenir les forces de l'estomac par quelques toniques; enfin, de se laver souvent les yeux et la tête avec de l'eau vinaigrée.

M. Lusardi conseille d'isoler les malades et de les renfermer dans un hôpital spécial, espèce de lazaret situé hors des villes, et d'empêcher qu'ils ne se servent des mêmes linges et des mêmes ustensiles; les soldats guéris seraient mis ensuite six mois en quarantaine, et divisés suivant la période de leur maladie (2).

MM. Fallot et Varlez recommandent de faire camper les régimens infectés jusqu'à ce que toute maladie ait disparu, et, pendant leur absence, d'assainir les casernes par tous les moyens fumigatoires, d'ouvrir toutes les fenêtres, d'éviter les émanations des latrines, et enfin d'empêcher le lavage à

(1) *Clinique chirurgicale*, tome 1, p. 468.

(2) Lusardi, *De l'Ophthalmie contagieuse*, p. 86.

la pompe et tout ce qui peut gêner ou arrêter les fonctions de la peau (1).

A Londres et à Saint-Pétersbourg, on a formé des lazarets où sont enfermés les ophthalmiques.

Enfin, les hommes seraient placés dans les conditions hygiéniques les meilleures, tant sous le point de vue de l'alimentation que sous celui de l'habitation. Ici les moyens ne font pas défaut pour entretenir dans les réunions d'hommes des circonstances atmosphériques convenables : il résulte des travaux de mon père qu'on peut, par des procédés simples, établir dans quelque lieu que ce soit, caserne, hôpital, magnanerie, un renouvellement constant de l'air, et entraîner ainsi, à mesure qu'elles sont produites, les émanations dangereuses (2).

M. Dequevauviller, avec lequel je suis heureux encore ici de me trouver d'accord, conseille formellement ces précautions, en en faisant ressortir les avantages. J'ajouterai que depuis l'application des recherches de mon père à la construction des magnaneries, on a vu totalement disparaître une maladie éminemment endémique et contagieuse, la muscardine, qui souvent en quelques heures anéantissait toute une récolte.

Pour ce qui est d'une autre forme d'ophthalmie, tous les individus atteints d'écoulemens génitaux éviteront, avec la plus scrupuleuse attention, de porter à leurs yeux ou aux yeux des autres les mains qui peuvent avoir été mises en contact avec les parties malades.

Les enfans, en naissant, seront lavés avec soin, non avec

(1) *Recherches sur l'ophthalmie*, p. 172.

(2) D'Arcet, *Annales d'hygiène*, Paris, 1837, t. XVII, p. 318.

des liquides spiritueux ou alcalins, comme on le fait, mais simplement avec de l'eau tiède, et en prenant le soin scrupuleux de bien absterger les paupières en les entr'ouvrant.

NOUVEAU PROCÉDÉ DE SUTURE INTESTINALE;

par M. Gely, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Conditions à réaliser pour un nouveau procédé.

Il nous paraît résulter de l'examen des divers procédés d'entéroraphie qu'aucun ne remplit d'une manière satisfaisante les principales indications du traitement des plaies intestinales.

Pour approcher davantage de la perfection désirable, la suture des intestins divisées devrait remplir les conditions suivantes :

Adossement des surfaces séreuses, première de toutes les conditions d'une prompte réunion, ainsi que l'a démontré M. Jobert.

Adossement de la séreuse par un demi-renversement des lèvres de la plaie, tant pour les divisions partielles que pour les plaies complètes ; ce qui constitue pour celles-ci la méthode de M. Lembert, cela surtout dans le but d'éviter les difficultés de l'invagination, la nécessité de distinguer les deux bouts l'un de l'autre et l'incision du mésentère.

Occlusion exacte de l'ouverture accidentelle ne laissant aucune chance à l'épanchement primitif ou consécutif.

Disposition telle des fils qu'aucun point, aucun nœud ne soit visible du côté du péritoine, section des fils au ras du nœud de manière à ne jamais laisser leurs chefs dans la plaie, chute assurée du fil dans la cavité intestinale.

Suture d'une exécution facile, pouvant s'appliquer à tous les cas, ou au moins à la généralité des cas.

Possibilité de fermer immédiatement la plaie de l'abdomen après avoir réduit l'intestin, afin d'obtenir la réunion par première intention et de prévenir les dangers attachés à la pénétration de l'air.

Indication du manuel opératoire et des précautions nécessaires pour pratiquer la suture en piqué.

La suture que nous employons a sa souche primitive dans la suture à points passés, dont elle constitue une variété complexe. Elle a le plus grand rapport avec la couture que l'on appelle piqué double ou des deux côtés, surtout quand elle est exécutée comme la font, par exemple, les cordonniers, avec deux fils à-la-fois.

Pour bien comprendre la manière de la pratiquer et le mécanisme auquel sont dus ses effets, il faut se représenter d'abord la suture à points passés faite à la manière ordinaire, mais que l'on aura pour ainsi dire doublée en portant l'aiguille de manière à remplir en redescendant, et à l'aide du procédé primitif, tous les vides laissés entre les anses latérales. De cette manière, on obtient de chaque côté une série d'anses contiguës parallèles à la plaie. De plus, les portions de fils placées transversalement sont toujours doubles pour chaque échelon. Une pareille suture ayant été exécutée pour rapprocher un tissu membraneux décollé d'avec les parties sous-jacentes, comme l'est la peau dans certains cas, il peut arriver deux effets très différens, suivant que le degré de constriction donné au fil sera plus ou moins énergique. Dans le dernier cas, les bords de la plaie sont simplement rapprochés ; dans le premier, ils sont rele-

vés et adossés par leur face profonde. Dans cette dernière circonstance, la suture à complétement changé d'aspect. Elle constitue un piqué double. Les anses latérales se sont rapprochées au point de n'être plus séparées que par l'épaisseur des tissus. Les portions de fil placées transversalement sur la peau, sont raccourcies, effacées, cachées désormais au fond du pli formé par les parties adossées.

Il résulte de ces premières données que le renversement des lèvres de la plaie s'effectue du côté où se trouvent les anses latérales du côté opposé aux échelons transverses. Si donc l'on veut appliquer cette suture aux divisons intestinales, de manière à renverser en dedans les lèvres de la plaie pour adosser les séreuses, il suffira, pour atteindre le but, d'une très légère modification. Les anses latérales devront être situées dans la cavité de l'intestin, et les échelons transverses du côté du péritoine. Il faut remarquer, d'un autre côté, que cette double suture peut être pratiquée d'un seul jet avec un fil armé de deux aiguilles. C'est cette méthode qui doit être exclusivement employée, parce qu'elle expose beaucoup moins que celle qui consiste à revenir sur ses pas, a un grave inconvénient que nous signalerons bientôt, celui de piquer dans le fil déjà placé.

Voici, du reste, le manière de procéder.

Manuel opératoire.

Un fil ciré est armé à chaque extrémité d'une aiguille ordinaire. L'une d'elles est enfoncée parallèlement à la plaie, en dehors et en arrière de l'un de ses angles, à une distance de 4 à 5 millim.; elle ressort après un trajet de 4 à 5 millim. dans l'intestin. L'autre aiguille est ensuite employé à exécuter la même manœuvre sur la lèvre opposée. Les fils sont

alors croisés, l'aiguille de gauche passe à droite, et réciproquement. Chacune d'elles sert alors à faire un nouveau point entièrement semblable au premier, avec la précaution de piquer tout d'abord dans le trou de sortie du fil qui vient d'être porté au côté opposé. Cette manœuvre est ensuite répétée autant de fois que cela est nécessaire pour garnir toute l'étendue de la plaie. Cela fait, il reste, avant de nouer les fils, à serrer convenablement chaque point. Cette partie de l'opération se fait en prenant successivement chaque échelon transversal, et même chacun des deux fils qui le composent, avec une pince à disséquer, et en exerçant dessus une traction convenable, tout en déprimant les lèvres de la plaie. Elles ne tardent pas à s'adosser avec une telle exactitude, que l'on n'aperçoit plus au-dehors aucune trace des fils qui ont produit ce résultat. Lorsque cette opération est terminée, il ne reste plus qu'à nouer ensemble les deux fils opposées et à couper les chefs au ras de ce nœud. Nous avons déjà dit que, dans ce cas, il est aussi bien caché que le reste du fil. Quand on examine par l'intérieur de l'intestin cette espèce de suture, on observe un repli valvulaire formé par les tuniques intestinales adossées ; puis, à la base et de chaque côté, la ligne continue représentée par les anses du fil qui ferment si complétement la plaie.

Précautions spéciales.

On doit employer des aiguilles déliées, mais un peu plus grosses que le fil, pour que celui-ci passe très facilement après elles. L'intestin doit être perforé au moins à 4 millim. en dehors de la plaie, de chaque côté ; c'est à cette distance que doivent se trouver les deux lignes formées par les anses latérales, qui sont ainsi écartées l'une de l'autre de 8 millim.;

le renversement ne peut être effectué qu'à cette condition. Toutes les tuniques doivent être percées du même coup de dehors en dedans, puis de dedans en dehors. Pour éviter de cheminer obliquement dans leur épaisseur, et pour ne pas faire le point trop long, il faut aplatir l'intestin dans cet endroit, en pressant entre deux doigts les surfaces opposées. La distance entre l'ouverture d'entrée et celle de sortie doit être au plus de 6 millim., ce qui fait 10 anses pour chaque bout, pour un intestin dont la circonférence serait après la réduction, et dans le cas de section complète, de 6 centimètres. Après avoir croisé les fils, il ne faut pas tenir à faire pénétrer l'aiguille exactement par le trou de sortie du fil opposé, ce qui rendrait plus que difficile la partie de l'opération qui consiste à adosser les surfaces. *Du reste, on rend infailliblement l'opération plus facile et plus prompte en serrant dès qu'on a fait deux points de chaque côté, et en les arrêtant de suite par un petit nœud*. En continuant ainsi sur toute la longueur de la plaie, on éprouve moins de difficulté à mettre les parties en contact. Cette méthode est surtout indispensable dans les plaies complètes. Une précaution fort importante consiste à bien maintenir le parallélisme entre la longueur des points faits de chaque côté, pour que les parties rapprochées se correspondent bien. Dans les plaies complètes, la suture sera commencée au bord libre de l'intestin, pour venir se terminer au même point. Pour exécuter cette suture, il faut employer un fil délié. La soie à coudre, de moyenne grosseur, est, à notre avis, le meilleur qu'on puisse choisir. Il importe qu'elle soit toujours fortement cirée et qu'elle ne cordonne pas.

Applications.

Le procédé est le même, quelles que soient la direction et la situation de la blessure. Nous l'avons appliqué sur le cadavre et sur les animaux, avec la même facilité, aux plaies complètes et incomplètes.

Dans toutes, l'adossement s'effectue par une inflexion égale de chacune des lèvres de la plaie, inflexion qui, ne dépassant pas l'angle droit, peut être appelée un *demi-renversement*, par rapport à la duplicature de l'intestin proposée par M. Jobert pour les plaies complètes.

Quand, au lieu d'une plaie simple, il existe une perte de substance un peu étendue, les bords peuvent encore être mis en contact par le même procédé. Seulement alors, l'intestin doit être coudé ou infléchi plus ou moins sur lui-même. Quand le coude de l'intestin se rapproche de l'angle droit, l'inflexion des lèvres de la plaie est moindre que dans les plaies simples; et quand il dépasse l'angle droit, le renversement est à-peu-près nul, mais il y a alors adossement de l'intestin avec lui-même. Ainsi, dans le cas de perte de substance, plus celle-ci est étendue, plus le coude formé par l'intestin réuni sera marqué et moins il y aura de courbure dans les lèvres juxta-posées par leur surface séreuse. Cette courbure de l'intestin peut être portée sans inconvénient au point de rendre parallèles les deux bouts infléchis.

Dans le cas de perte de substance de forme ronde ou elliptique, on peut donc mettre facilement en contact l'une avec l'autre chacune des deux demi-circonférences de la plaie.

Une conséquence forcée de cette dernière proposition, c'est que le même procédé de suture peut servir à mettre en contact deux plaies, deux pertes de substances placées à

une certaine distance l'une de l'autre, car il est aussi facile d'agir sur deux circonférences isolées que sur deux portions d'une même circonférence. Le cercle à parcourir est complet et par conséquent plus grand dans le premier cas, mais il peut l'être aussi exactement et de la même manière. Après cette opération, les deux anses intestinales sont adossées parallèlement, et une communication fistuleuse s'établit entre elles.

Ce résultat inattendu et presque nouveau est pour ainsi dire inhérent à ce genre de suture, dont la supériorité dans ce mode de rapprochement est tout-à-fait incontestable.

Après avoir constaté sur le cadavre et sur les animaux vivans la possibilité de fermer ainsi deux plaies par abouchement réciproque, nous nous sommes demandé pourquoi ce fait était resté inaperçu des chirurgiens modernes, à tel point qu'ils n'en avaient jamais discuté l'opportunité. Ce mode de traitement par adossement mutuel découlait cependant tout aussi bien des faits connus de guérison spontanée que des travaux de M. Jobert. On peut donner deux raisons principales de cette espèce d'oubli. La première gît dans l'imperfection des moyens de rapprochement, qui ne permettait guère de compter sur un résultat utile. La seconde, dans le précepte qui défendait d'aller rechercher dans l'abdomen les intestins blessés, pour leur appliquer les moyens de réunion dont on pouvait alors disposer. Les remarques de M. Baudens ayant infirmé la validité de ce dernier précepte, et le procédé que nous venons de décrire permettant une *juxtaposition* aussi parfaite que possible, il y aura lieu désormais à discuter ce nouveau mode de coaptation, qui repose évidemment sur un point de doctrine entièrement neuf, comme un procédé qui lui sert de base.

Toujours est-il que nous pouvons présenter comme une

propriété pour ainsi dire spéciale de ce dernier, la faculté d'adosser exactement l'une à l'autre deux plaies ou deux pertes de substance placées à une certaine distance l'une de l'autre sur la longueur du tube. Nos expériences sur les animaux ont d'ailleurs nettement établi ce fait.

Objections qui pourraient être présentées contre ce procédé.

On objecterait peut-être contre ce procédé :

(A) Qu'il exige des piqûres trop multipliées ;

(B) Qu'il expose à la formation d'une coarctation de l'intestin.

Ce procédé exige-t-il des piqûres trop multipliées?

(A) C'est là une objection sérieuse, dont il faut nécessairement rechercher la valeur.

Les piqûres répétées de l'intestin doivent être considérées comme une cause d'irritation ajoutée à celles qui existent déjà ou qui se développent plus tard. C'est là un fait incontestable, et nous sommes si loin de regarder cette espèce de blessure comme complétement innocente, que nous y renoncerions s'il était démontré qu'on pût arriver à une réunion solide sans y avoir recours. Mais ces dangers attachés à la piqûre de l'intestin sont-ils si grands, si prépondérans, qu'ils doivent faire repousser un moyen bien supérieur aux autres sous tous les rapports. Remarquons d'abord que l'expérience n'a point assigné sa véritable part dans le développement des accidens mortels, d'où il suit que ce n'est peut-être pas là, à beaucoup près, la condition la plus redoutable de toutes celles qui peuvent menacer le malade. Il

nous semble que ce serait exagérer beaucoup la gravité des piqûres de l'intestin que de leur attribuer une grande influence dans la production d'accidens qui sont probablement la suite de circonstances différentes. Ainsi la présence de corps étrangers dans la plaie, le libre accès de l'air extérieur, l'issue de quelques parcelles de matières intestinales, le dégagement de gaz provenant de la même source, sont des causes bien plus actives de péritonite, et qu'il importait surtout de faire disparaître. Et tel est précisément le principal résultat de notre procédé. Il ferme si exactement la division, qu'il s'oppose non-seulement à l'issue des matières liquides, mais encore à la sortie des gaz intestinaux. C'ést là, pour le dire en passant, un point de la plus haute importance sur lequel les pathologistes ne se sont point assez arrêtés. On a pour ainsi dire passé sous silence et la fréquence de ce dégagement gazeux et sa redoutable influence comme cause de péritonite. S'il en avait été autrement, on serait promptement tombé d'accord sur l'insuffisance de procédés tels que celui de M. Lembert, qui laissent une voie facile à cet épanchement. Les faits récemment observés par M. Jobert démontrent la fréquence de cette issue de gaz intestinaux. Ajoutons, par rapport à notre procédé, que la chute nécessaire des fils dans la cavité intestinale et la possibilité de fermer la plaie extérieure sont encore deux avantages qui viennent contre-balancer bien puissamment l'effet de trois ou quatre piqûres de l'intestin. En définitive, nous pratiquons neuf à dix piqûres sur une circonférence de 6 centimètres ou de 27 lignes; ou cinq piqûres pour une plaie incomplète de 3 centimètres (13 lignes); ce qui ne saurait constituer pour ce procédé une infériorité réelle.

M. Jobert, qui pense que les animaux ne succombaient,

dans les premiers essais, que par suite du grand nombre de points de suture pratiqués, s'élève contre l'emploi de la suture entrecoupée. Sans discuter son opinion sur ce sujet, nous devons faire remarquer la profonde différence qui existe entre la suture simple et celle que nous proposons. L'une porte plus sur le péritoine, où les nœuds sont en relief, que sur toutes les autres tuniques. L'autre porte spécialement sur la membrane muqueuse, et bien moins sur le péritoine. La première tend à couper, à ulcérer la paroi même de l'intestin, l'autre ne porte son action ulcérative que sur la valvule intérieure. On conçoit facilement combien les chances de péritonite et d'épanchement sont différentes dans ces deux circonstances, et dès-lors on ne peut appliquer à notre procédé les conséquences qui semblent résulter des expériences de M. Jobert.

Ce procédé expose-t-il à la formation d'un obstacle au cours des matières.

(B) Cette objection, qui s'applique surtout aux plaies complètes, a été faite à plusieurs procédés, et nous pensons que quelques-uns la méritent, en effet, mieux que le nôtre.

On peut distinguer les rétrécissemens dont il est question, en temporaires et permanens.

Rétrécissemens valvulaires permanens.

L'existence d'un rétrécissement valvulaire est, pour ainsi dire, lié avec la plupart des procédés d'entéroraphie. Celui de Randhor, qui se présente le premier, donnerait probablement lieu à une valvule analogue à celle qui s'observe dans le procédé de M. Jobert. On sait, en effet, que la séreuse et la muqueuse mises en contact n'ont point tendance à une

adhésion mutuelle, et que la consolidation se fait, en général, dans ce cas, à l'aide d'adhérences pour ainsi dire extérieures entre l'intestin et les parties voisines. Le rétrécissement produit dans ce cas, doit être égal, en épaisseur, à celle des tuniques intestinales. Dans le procédé de M. Jobert, il a nécessairement le double de cette épaisseur. Voici comment cet auteur décrit la valvule qui le constitue. « En promenant « le doigt sur la face interne, on rencontrait quelque chose « de dur; c'était une valvule artificielle résultant de l'inva- « gination. Elle était flottante, libre en haut et en bas, sa « grande circonférence adhérait à l'intestin, et la petite était « tout-à-fait libre. Cette dernière représentait une sorte de « plan incliné qui laissait couler le bol alimentaire. La mu- « queuse se continuait sans interruption; la membrane ner- « veuse était apparente, et si l'on coupait transversalement le « point de réunion, on apercevait une cicatrice blanche et « très dure. » Il faut remarquer que ce que dit M. Jobert de la dureté de la valvule et de l'anneau fibreux qui lui servait de base, s'explique en grande partie par l'époque de la mort de l'animal, qui fut tué au douzième jour, c'est-à-dire bien avant l'époque où l'on peut supposer que les tissus auront acquis leur plus grande souplesse. La disposition en quelque sorte infundibulaire de cette valvule et sa grande étendue suffisent pour faire comprendre les dangers attachés à l'invagination du bout inférieur dans le supérieur, dangers constatés par l'expérience directe, ainsi que nous l'avons déjà dit plus haut.

Dans le procédé de M. Lembert et dans le nôtre, la valvule offre à-la-fois moins d'étendue et une disposition plus favorable. Elle est annulaire et non tubulée : elle représente mieux un simple diaphragme perforé au centre. Il s'ensuit

que le calibre de l'intestin sera beaucoup moins rétréci et que les dangers attachés à une erreur d'invagination dans les méthodes précédentes, n'existent plus dans celles-ci.

On aurait pu croire qu'il n'y avait pas même parité complète entre notre méthode et celle de M. Lembert, au point de vue de l'étendue et de la régularité de ce repli valvulaire. Cette différence aurait résulté de la position des fils, qui, d'après notre manière de les placer, peuvent déterminer la section des parties qui forment la grande circonférence de cette valvule, entraîner le morcellement, l'atrophie partielle de l'anneau valvulaire, et par suite une diminution très grande de son étendue. Mais cet espoir a été détruit par le résultat de nos expériences, le repli valvulaire a toujours été trouvé intact; ce qui prouve que les tissus compris entre les fils n'y sont pas assez serrés pour se mortifier. Reste à savoir s'il ne serait pas possible d'arriver, *sans danger*, à un autre résultat, en opérant une plus forte constriction ou en employant un fil plus solide.

Au reste, quelle que soit la force de ces anneaux valvulaires, tant qu'ils conserveront une souplesse normale, ils n'apporteront aucun trouble aux fonctions digestives; pas plus que le pylore et la valvule de Bauhin. C'est encore là un fait démontré par nos expériences.

Obstruction complète temporaire.

Reste à examiner la question d'une obstruction temporaire? Ne doit-on pas craindre cet accident en réfléchissant qu'à l'existence d'un large anneau valvulaire produit par le renversement des tuniques, viennent se joindre d'autres causes de coarctation; telles sont, en effet, le resserrement produit par la tunique musculaire, le gonflement inflamma-

toire des parois intestinales et du repli formé à leurs dépens.

A cette objection on peut répondre que tous les procédés connus, à l'exception de celui des quatre maîtres, comportent une suspension momentanée du cours des matières. On sait qu'aussitôt après la section complète, les deux bouts divisés se resserrent avec la plus grande énergie; et pour qui a essayé, chez le chien, l'invagination par le procédé de Randhor, il est évident que la cavité du bout supérieur sera effacée par la double constriction des parois intestinales superposées. Et cela tant que durera cette période de contraction et la période d'inflammation qui lui fait suite. Après l'invagination par le procédé de M. Jobert, le resserrement ne peut manquer d'être bien plus grand et l'occlusion momentanée bien plus exacte.

Dans la méthode de M. Lembert, comme dans notre procédé, il y a aussi chez le chien une obstruction momentanée, d'autant plus complète que l'animal est plus petit. En effet, pour opérer le renversement des parois de l'intestin, qui sont relativement plus épaisses chez cet animal, il faut donner à la partie renversée une étendue de 4 millim. au moins, ce qui porte à 8 ou 10 millim. le diamètre du diaphragme intestinal. Or, comme la cavité du tube au moment de la constriction n'est guère que d'un centimètre chez le chien de moyenne taille, il s'ensuit que l'obstruction doit être à-peu-près complète.

Mais chez l'homme les choses ne se passeraient pas de la même manière, parce que l'intestin a au moins le double de diamètre. Il est probable que, chez lui, l'obstruction temporaire qui succède au procédé de Randhor et de M. Jobert, ne serait pas complète. Par la même raison, elle ne

doit pas l'être après l'emploi de la méthode de M. Lembert et de la nôtre. Chez l'homme, en effet, dont les parois intestinales sont moins épaisses que celles du chien, on parvient facilement à opérer le renversement en piquant à 4 millim. du bord de la plaie. Ainsi, en tenant compte du resserrement musculaire, aussi bien que du gonflement inflammatoire, en estimant, d'autre part, à 20 millim. le diamètre normal de l'intestin, on arrive à admettre qu'il restera au centre du diaphragme membraneux une ouverture de 6 à 8 millim., même dans la période la plus élevée de l'engorgement inflammatoire.

Au reste, l'obstruction complète et momentanée du tube digestif n'aurait point, dans ces circonstances, les effets fâcheux qu'on pourrait craindre au premier abord, les intestins et l'estomac ayant été, en général, vidé, peu après la blessure, par des vomissemens répétés. Il est, en outre, bien probable que les contractions péristaltiques sont à-peu-près suspendues pendant la période inflammatoire; et comme, d'un autre côté, le malade doit être mis à une diète sévère, il s'ensuit que l'obstacle momentané n'a pas d'influence fâcheuse réelle sur le développement des accidens qui menacent la vie du malade (1).

DE LA COXALGIE,

par M. le docteur J. G. Maisonneuve.
Chirurgien du bureau central des hôpitaux civils de Paris.

Par le mot de *coxalgie*, on désigne une maladie qui a son siége dans l'articulation coxo-fémorale, et qui revêt les ca-

(1) L'auteur a d'ailleurs publié une observation de succès par sa méthode; nous la ferons connaître à nos lecteurs. A. V.

ractères tant anatomiques que symptomatiques des affections articulaires, connues sous le nom de tumeurs blanches ou d'artropathies.

Ce mot ne paraît pas de date fort ancienne. Il n'a véritablement cours dans la science que depuis 1809, où Whist fit paraître son traité *de Coxalgiâ*. Avant cette époque, la maladie qui nous occupe, était désignée sous le nom de *morbus coxæ*, *morbus coxendicis*, *dislocatio anchæ*, *morbus coxarius*, hanche scrofuleuse, luxation spontanée du fémur, fémoro-coxalgie, coxarthrocace, etc. Toutes ces dénominations sont actuellement abandonnées pour celles plus simple et tout aussi exacte de *coxalgie*.

Ire Partie. — Anatomie pathologique.

Depuis l'époque où Boyer déclarait n'avoir connaissance d'aucune autopsie pratiquée dans les commencemens de la coxalgie, la science ne s'est enrichie que d'un bien petit nombre de faits, et nous en sommes réduits encore à nous en rapporter presque autant au raisonnement qu'à l'expérience pour tracer l'histoire des altérations pathologiques, que cette affection présente à son début.

Art. 1er — *Coxalgie au début.*

La plupart des désordres que l'on observe dans les tumeurs blanches semblent pouvoir se rencontrer dans l'articulation coxo-fémorale; mais les faits nous manquent encore, pour l'établir d'une manière positive.

§ I. — Coxalgie extra-articulaire.

Fricke décrit, sous le nom de coxalgie, une affection qui, selon lui, a d'abord son siége dans les muscles de la cuisse ou dans la force réactive des nerfs qui s'y distribuent. Cette

affection peut, dit-il, dans certaines circonstances, passer à la coxarthrocace, c'est-à-dire à la coxalgie interne, dont elle ne diffère suivant les auteurs, que par la chronicité de sa marche. Du reste, il ne donne aucune autopsie à l'appui de son opinion. Dzondi va plus loin, il affirme que la coxalgie externe, est la seule forme qu'il ait rencontrée. Malgré cette assertion positive, la plupart des auteurs sont restés dans le doute, relativement à l'existence même de cette forme. Il y a du reste dans la structure de l'articulation, de quoi rendre compte de cette exception à la règle ordinaire du développement des tumeurs blanches. La capsule fibreuse, en effet, enveloppe l'articulation de toutes parts ; la synoviale ne se trouve en aucun point en contact direct avec le tissu cellulaire extérieur. Or, s'il est vrai que c'est le plus souvent par le tissu cellulaire que commencent les arthrites externes, il en résulte que l'articulation coxo-fémorale doit être moins exposée que toute autre à cette forme d'arthrite.

§ II. — Coxalgie intra-articulaire.

C'est de beaucoup la plus fréquente. On peut même dire que la coxalgie ne mérite vraiment son nom, qu'à dater du moment où l'intérieur de l'articulation participe à la maladie. On lui reconnaît plusieurs formes à son début. Asclépiade, le Bythinien, avait signalé déjà l'existence d'une production charnue dans le fond de la cavité cotyloïde ; Cœlius, Aurélianus avait noté l'accumulation de liquide dans l'articulation, mais ces indications, bien que répétées par le plus grand nombre des auteurs, n'ont été véritablement sanctionnées que depuis les travaux modernes sur l'anatomie pathologique.

Ire VARIÉTÉ. — Coxalgie intra-articulaire débutant par les parties molles.

On en observe trois formes principales :

1re *forme*. — Hydropisie de l'articulation. J. L. Petit la regarde comme le phénomène initial de la coxalgie, il n'en rapporte cependant aucune observation. Sabatier, Desault et Boyer en nient l'existence ; mais de nouveaux faits, peu nombreux à la vérité, ne permettent plus de la révoquer en doute, tels sont ceux cités par Paletta, Joly, Parise Lesauvage.

2e *forme*.—Tuméfaction du peloton celluleux et des replis synoviaux placés au fond de la cavité cotyloïde. Cette altération est l'une des plus fréquentes ; mais il n'existe qu'un très petit nombre d'observations, dans lesquelles on l'ait rencontrée isolée, et indépendante des altérations profondes des os ou de la capsule fibreuse, Desault en cite cependant un exemple remarquable.

3e *forme*. — Suppuration. La sécrétion purulente, sans altération des parties osseuses, et sans désorganisation des parties molles, a été observée comme premier phénomène de la coxalgie, M. Natalis-Guillot m'en a communiqué un cas fort intéressant.

4e *forme*. — Dégénéresence de la synoviale. Cette forme si fréquente au genou, n'a point encore été rencontrée à la hanche.

IIe VARIÉTÉ. — Coxalgie intra-articulaire, débutant par les os. La science est plus riche en faits qui prouvent que la coxalgie peut débuter par les parties osseuses. L'ostéite superficielle de la tête du fémur, ou de la cavité cotyloïde, est la forme dont nous possédons le plus d'observations, mais il en existe aussi d'affection tuberculeuse d'ostéite profonde, on a même observé la dégénérescence cancéreuse.

ART. II. — *Coxalgie au deuxième degré.*

Ce deuxième degré a pour caractère, la désorganisation plus ou moins avancée de la plupart des tissus qui constituent l'articulation. Ici toutes les nuances tendent à se confondre ; le point de départ s'efface graduellement, et bientôt il devient difficile de spécifier, non-seulement l'origine précise du mal, mais encore le genre de tissu par lequel l'affection a débuté.

Les cartilages sont quelquefois intacts au milieu du désordre le plus considérable ; le plus souvent, ils sont ramollis détachés par plaques, soulevés par des fongosités rougeâtres; en partie absorbés ou complétement détruits.

Les surfaces articulaires présentent les altérations les plus variées : c'est quelquefois une éburnation remarquable, le plus souvent une carie à différens degrés. On les voit tantôt érodées seulement à leur surface, d'autres fois ramollies, comme vermoulues, ou transformées en un tissu friable qui se brise sous le doigt, et se laisse couper comme du lard ; la cavité cotyloïde peut être singulièrement agrandie, ses bords désorganisés, son fond réduit à une lame mince ou complétement perforée de manière à communiquer dans l'intérieur du bassin.

La tête du fémur est le plus souvent érodée, aplatie et déformée, séparée du col, ou totalement détruite.

Il n'y a pas de relation nécessaire entre les altérations d'une des surfaces et celles de l'autre. On voit parfois le fémur intact dans une cavité à moitié détruite, et *vice versa*.

Les parties molles contenues dans l'intérieur de la cavité articulaire participent à l'altération des parties dures.

Le paquet adipeux, improprement désigné sous le nom de *glande synoviale*, est tantôt rouge, tuméfié, transformé en un tissu homogène élastique ; tantôt infiltré de pus, ramolli, tantôt, enfin, il a complétement disparu.

Le ligament rond est aminci, déchiré, quelquefois on n'en rencontre aucune trace.

Le bourrelet cotyloïdien résiste plus long-temps, mais il finit aussi par se laisser désorganiser.

La capsule fibreuse présente des altérations extrêmement diverses : quelquefois elle n'est pas même perforée au milieu des plus grands désordres de l'articulation, bien que celle-ci communique avec les lésions articulaires au moyen d'une destruction du bord de la cavité cotyloïde ; d'autres fois elle est ramollie, transformée en tissu gélatineux, rompue dans un point circonscrit, ou complétement détruite ; on a pu reconnaître, à l'étendue de ses lambeaux, qu'elle avait été soumise à une distension considérable.

La cavité articulaire est ordinairement remplie d'un liquide dont l'abondance et les qualités varient. Parfois séreux, on le trouve encore chargé de flocons albumineux ou de débris de matière tuberculeuse ; d'autres fois il est purulent, fétide, noirâtre ou sanguinolent, on y rencontre des débris osseux provenant des parties cariées ou nécrosées.

État des parties voisines. — Les tissus qui environnent l'articulation présentent une infiltration œdémateuse, puis purulente, qui en change l'aspect ; pour peu que la maladie ait eu de la durée, le pus se réunit en foyer ; plus tard, les abcès développés d'abord autour de l'article se fraient une voie dans diverses directions. Les uns perforent la gaîne du psoas iliaque, remontent contre leur propre poids, et pénètrent dans le bassin en suivant le muscle.

D'autres fois, quand le fond de la cavité cotyloïde est perforé, le pus se fait jour dans le petit bassin.

D'autres fois, en passant par le trou sous-pubien (1).

D'autres fois, le pus, rassemblé d'abord dans la fosse iliaque externe, se fraie une voie à travers l'os coxal, et vien constituer une seconde collection intra-pelvienne.

Dans d'autres circonstances, l'abcès, arrivé dans le bassin, se fait jour dans un des organes creux de cette région.

Dans les cas les plus fréquens, le pus, trouvant une issue libre du côté des tégumens de la cuisse, s'accumule tantôt en dehors, tantôt en arrière, tantôt à la partie interne, où il perfore la peau : des trajets fistuleux se forment, établissant une communication entre l'extérieur et la cavité articulaire.

Simples ou multiples, directs ou tortueux, ces trajets communiquent avec l'articulation, soit à travers la capsule, soit entre elle et le rebord carié de la cavité cotyloïde.

Rapport des surfaces articulaires. — Quelquefois, malgré les désordres les plus étendus, les surfaces articulaires, érodées, détruites, conservent leurs rapports mutuels ; mais, fréquemment aussi, ces rapports normaux n'existent plus : c'est là ce qui constitue la luxation spontanée.

D'après les expériences de MM. Parise, Bonnet, de Lyon, et les miennes propres, dont je parlerai plus tard, le contact peut cesser d'avoir lieu entre la tête de l'os et la cavité, lorsque l'intérieur de la capsule est distendu par un liquide abondant : la tête de l'os est alors comme suspendue au milieu du *liquide, et repoussée en dehors et en bas.* Je dois dire, cependant, que ce phénomène, constaté par la voie expérimentale, ne trouve guère sur le vivant les conditions de son existence.

(1) Velpeau, *Clin.*, t. III. p. 219.

Mais avant que la capsule soit rompue, avant que des désordres considérables aient eu lieu, la tête de l'os peut être expulsée sur le bord de la cavité cotyloïde ; ce phénomène peut coïncider avec une hydropisie.

Il se rencontre aussi avec la réplétion de la capsule par le gonflement des parties molles articulaires.

Ces cas, cependant, sont rares, et le fémur n'abandonne ordinairement la cavité cotyloïde qu'à une période plus avancée, lorsque la capsule est détruite en tout ou en partie, lorsque les bords du cotyle sont érodés, lorsque la tête est déformée.

Du reste, cette luxation a été observée dans presque toutes les directions où se font les luxations traumatiques.

Les plus fréquentes ont lieu en haut et en dehors dans la fosse iliaque externe, plus ou moins haut, suivant l'état de la capsule.

Elles peuvent être incomplètes.

Le plus souvent elles sont complètes.

D'autres fois la luxation se fait dans l'échancrure sciatique.

D'autres fois en dedans, sur le bord détruit de la cavité cotyloïde.

D'autres fois dans le trou sous-pubien.

Dans quelques cas, on a vu la tête du fémur passer dans le bassin à travers la cavité cotyloïde perforée.

Ou la cavité cotyloïde seulement déprimée dans le bassin.

L'examen anatomique des membres, dans le cas où la guérison est survenue, a permis de constater les résultats suivans :

1° Tantôt il se forme une articulation nouvelle ou pseu-

darthrose, remplaçant tant bien que mal celle qui a été détruite ou qui est devenue inutile.

La tête du fémur, dit M. Humbert, de Morley (1), remontée sur la fosse iliaque externe, se trouve quelquefois comme coiffée par le petit fessier, qui lui donne alors une position plus fixe : plus souvent elle est placée entre l'os des îles, le petit fessier et le moyen fessier qui la recouvrent : alors elle a moins de fixité, et la longueur du membre est variable. Là où le point de contact a lieu, entre la tête du fémur et l'os iliaque, ce dernier présente un enfoncement plus ou moins marqué ; d'un autre côté, la tête du fémur a diminué de volume et s'est aplatie. Les fibres musculaires environnantes sont indurées ; elles ont pris l'aspect d'un tissu blanchâtre et fibreux qui affermit les nouveaux rapports des os. L'ancienne cavité cotyloïde a diminué de profondeur et d'étendue ; quelques observateurs l'ont même trouvée oblitérée et remplie par une matière tantôt osseuse, tantôt d'apparence charnue.

2° Tantôt il existe une ankylose, soit entre la tête du fémur et la cavité cotyloïde, soit entre cette tête et la fosse iliaque ou quelque autre point du bassin. Cette ankylose présente toutes les variétés de forme possible : c'est tantôt une adhérence fibreuse, ou des engrenures osseuses ; d'autres fois une fusion complète des deux os. Le fémur peut se trouver dans des positions variées : étendu ou fléchi, tourné en dedans ou en dehors.

3° Tantôt la tête, plus ou moins déformée, est mobile dans la cavité cotyloïde aussi déformée ; d'autres fois cette tête est hypertrophiée ; et souvent alors les surfaces articulaires sont dépourvues de cartilage, lisses, éburnées.

(1) *Essai sur la manière de réduire les luxations*. 1835, in-8, p. 183.

Quelquefois la tête du fémur est enclavée, retenue dans une espèce de collier osseux que lui forment des végétations (*voir* les observations du musée Dupuytren).

Les désordres ne sont pas bornés à l'articulation et aux parties contiguës; des changemens importans surviennent dans le reste du membre. On rencontre souvent chez les enfans un arrêt de développement du fémur malade, et même des os de la jambe du même côté. Il en résulte une différence notable de longueur entre les os des deux membres.

La collection anatomique de l'Hôtel-Dieu de Paris possède les deux fémurs d'un individu qui a succombé à une coxalgie. Le fémur du côté malade est de 3 pouces plus court que celui du côté opposé.

L'atrophie des os de la jambe est moins considérable; pourtant elle a été également constatée.

Dans cette atrophie, les os ne sont pas seulement moins longs, ils sont aussi moins gros et plus légers. Après la macération, leur tissu, beaucoup moins résistant, a subi une raréfaction d'autant plus prononcée que la maladie a duré plus long-temps : c'est une sorte d'amaigrissement de l'os.

Chez les jeunes gens, cette altération est beaucoup plus rare.

Chez les adultes, je n'en connais qu'un seul cas (1).

Enfin, le canal médullaire du fémur est quelquefois le siége d'une inflammation diffuse. M. Richet a tiré parti de ce fait pour expliquer la douleur qui se propage au genou.

Quant à l'hypertrophie en longueur du corps du fémur, indiquée par M. Parise (2), je n'en connais pas d'exemple.

(1) Parise, *Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. II, p. 459.

(2) *Id.*, *ibid.*, p. 457.

J'en dirai autant du redressement du col de l'os sur son corps. Ces deux lésions ont été observées, il est vrai, mais je ne sache pas qu'on ait établi leur relation avec la coxalgie.

SIÉGE DE LA COXALGIE.

Au premier coup-d'œil cette expression semblerait n'être qu'un non-sens. Quel autre siége la coxalgie peut-elle avoir que l'articulation coxo-fémorale? il existe cependant des observations qui prouvent que la coxalgie peut se développer dans une fausse articulation, suite elle-même d'une luxation spontanée.

SECONDE PARTIE. — CAUSES.

Les opinions les plus diverses ont été émises sur l'étiologie de l'affection qui nous occupe. Nous allons les passer rapidement en revue.

1° J.-L. Petit (1) attribue le développement de cette maladie à une seule cause, la contusion de l'articulation par suite d'une chute sur le grand trochanter ou sur les genoux. « Lorsque, dit-il, dans une chute, le grand trochanter est frappé, la tête du fémur est violemment poussée contre les parois de la cavité cotyloïde, et comme elle remplit exactement cette cavité, les cartilages, les glandes de la synovie et le ligament de l'intérieur de l'article, devront souffrir une forte contusion, qui sera suivie d'obstruction, d'inflammation et de dépôt.»

2° Dzondi, tout aussi exclusif que J.-L. Petit, mais dans un autre sens, fait abstraction des lésions traumatiques, et n'admet qu'une seule cause capable de produire la coxalgie, ou du moins la coxalgie susceptible de se terminer par

(1) *Maladies des os*, t. 1, p. 310.

luxation ; c'est ce qu'il appelle l'*irritation rhumatique*, en d'autres termes, la suppression ou la répercussion de la transpiration et de la perspiration cutanée, dans un moment où ces fonctions s'exécutent avec un haut degré d'énergie. Voici comment il s'exprime (1) : « On range parmi les causes de la luxation spontanée les agens morbifiques mécaniques, les chutes, les coups, les tiraillemens, les distensions, etc., la disposition scrofuleuse, ou les scrofules déclarés, l'infection des liquides par la syphilis, l'acrimonie goutteuse. Mais je dois avouer hautement que, parmi les cas nombreux que j'ai vus depuis trente ans, il ne s'en est pas présenté un seul où la maladie pût être attribuée à l'une de ces causes. Les inflammations de l'articulation coxo-fémorale accompagnées de claudication, qui sont le résultat de violences, comme des chutes, des coups, etc., diffèrent totalement de la luxation spontanée. Celle-ci reconnaît toujours pour cause, à mon avis, une irritation rhumatique, c'est-à-dire la suppression ou la répercussion de la transpiration et de la perspiration cutanée, dans un moment où ces fonctions s'exécutent avec un haut degré d'énergie. En général, dans les cas où une irritation de cette nature détermine l'inflammation de l'articulation coxo-fémorale, ce n'est pas le corps entier qui se trouvait exposé à l'action d'un air froid et humide, mais seulement la partie qui doit être le siége du mal, et qui était accidentellement dans un état d'excitation, d'élévation de température, et de transpiration abondante. Les bonnes d'enfans, lorsqu'ils ne marchent pas, les asseoient souvent sur un sol frais et humide, surtout dans les jardins, après les avoir tenus plus ou moins long-

(1) *Archives gén. de méd.*, 2e série, t. IV, 308.

temps sur le bras. Cette position sur le bras de la bonne ou de la nourrice échauffe, chez ces enfans, le voisinage de la hanche, et augmenté la perspiration cutanée de ces parties; si on les place ensuite, le derrière tout nu, comme cela arrive d'ordinaire, sur la terre ou sur l'herbe, il est inévitable que la transpiration soit brusquement supprimée. Quand les enfans peuvent courir, et sont dans l'âge où ils aiment à se livrer à des jeux fatigans, et qui provoquent une sueur abondante, il leur arrive souvent de s'asseoir sur le sol pour se reposer. Ce sont encore, dans ce cas, les parties qui viennent de faire le plus de mouvemens, et qui sont actuellement les plus baignées de sueur, qui sont exposées à l'action d'un sol humide et froid. Enfin les adultes de la classe laborieuse, surtout les habitans de la campagne, s'asseoient à demi vêtus sur la terre humide et fraîche, s'y laissent même aller au sommeil, et s'exposent ainsi au refroidissement subit des parties mises en contact avec le sol. Aussi la luxation spontanée est-elle fort commune en Hollande, où le sol est toujours humide. Dans l'intérieur des habitations, c'est presque toujours sur le plancher qu'on place les petits enfans, sans réfléchir que c'est l'endroit le plus froid, le plus humide, le plus malsain de l'appartement. On les y pose, soit au sortir de leur lit bien chaud, soit après qu'ils ont été échauffés sur les bras de leurs nourrices, et on les y laisse des heures entières exposés aux vents coulis qui circulent d'une porte à l'autre ou de la porte à la croisée. Souvent on voit de très jeunes enfans assis sur le seuil des portes extérieures, y passer la majeure partie de la journée à jouer avec leurs camarades en butte à un courant d'air continuel. Il en est de même de ceux que leurs nourrices asseoient sur les fenêtres, le dos tourné du côté des vitres. L'habitude de laver

les enfans avec une éponge, au lieu de les mettre dans un bain, est encore pour eux une source d'accidens plus ou moins graves. Enfin je dois signaler l'humidité dans le linge, les langes, les couches, l'air et l'habitation, comme des causes fréquentes de maladie.»

3° Portal (1), Lalouette (2), admettent que la cause cachée de la maladie est à-peu-près constamment le vice scrofuleux.

4° Enfin M. Richet, dans son excellente thèse inaugurale (3), émet l'opinion que la nature de cette affection et des tumeurs blanches, en général, est à-peu-près constamment inflammatoire. « Quant à leur nature, dit-il, jusqu'ici ces affections ont été regardées comme ayant un cachet particulier, une physionomie à part; sans doute, la diversité des causes qui les produisent, la lenteur qu'elles mettent ordinairement à parcourir leurs périodes, l'obscurité de leur séméiologie, la variété des formes sous lesquelles elles se présentent, leur terminaison si souvent malheureuse, quels que soient les moyens qu'on emploie pour les combattre, tout, en un mot, semblerait justifier cette manière de voir.

« Mais si on remarque, d'une part, que les maladies de la synoviale, qui figurent pour une bonne partie dans le cadre des arthropathies, ne sont le résultat d'aucune cause spéciale, qu'elles sont, au contraire, toujours dues, comme les affections des autres séreuses d'ailleurs, à des inflammations soit aiguës, soit chroniques; que, d'autre part, les tumeurs blanches, ayant leur point de départ dans les os, sont, pour la plupart, causées par des ostéites, rarement par des tubercules, le cancer, ou autres dégénérescences, on sera natu-

(1) *Traité sur le rachitisme*, p. 313.

(2) *Traité des scrofules*, t. 1, p. 74; 1782.

(3) Paris, 1844.

rellement conduit à admettre que l'immense majorité des maladies dont nous nous occupons sont essentiellement de nature inflammatoire à leur origine.

« Dès-lors, le nom d'*arthrite*, pris d'une manière générale, leur est applicable ; puisque, en dernière analyse, la maladie première a presque toujours été ou une *synovite*, ou une *ostéite*. »

Ces opinions exclusives n'ont réuni qu'un petit nombre de partisans, et la plupart des auteurs admettent l'existence de plusieurs ordres de causes. Larrey (1), par exemple, regarde cette maladie comme de nature scrofuleuse dans les premières années de la vie, tandis qu'il la croit toujours rhumatismale chez les adultes. Nous verrons que cette opinion se rapproche beaucoup de la vérité, seulement il n'accorde pas assez aux causes externes.

Quant à nous, nous pensons que la plupart des causes susceptibles de produire les tumeurs blanches dans les autres articulations, peuvent aussi porter leur action sur l'articulation coxo-fémorale, pour y déterminer une coxalgie.

1° Causes prédisposantes.

Age. — La coxalgie se développe à tout âge ; d'après M. Parise, c'est à cette affection que l'on devrait rapporter certaines luxations congénitales. Alors la coxalgie serait susceptible de se développer chez le fœtus, plusieurs faits semblent confirmer cette manière de voir.

Il est extrêmement rare d'observer cette maladie chez le vieillard, ou du moins elle affecte alors une forme toute particulière : c'est celle connue sous le nom de *morbus coxæ se-*

(1) *Clinique chirurgicale*, t. III, p. 3.

nilis, que je ne crois pas devoir faire rentrer dans ce travail. C'est à cette affection que doivent se rapporter, selon toutes les probabilités, ces altérations remarquables, consignées dans le *Catalogue du musée Dupuytren*, et analysées par M. Lacroix.

C'est dans le jeune âge qu'on observe le plus souvent la maladie qui nous occupe ; elle affecte les très jeunes enfans comme ceux d'un âge plus avancé ; très fréquente encore chez les jeunes gens, elle devient plus rare chez l'adulte, pour disparaître à-peu-près complétement dans la vieillesse.

Le sexe ne paraît pas influer sensiblement sur son développement. Sur un relevé de plus de cent observations, nous l'avons rencontrée presque aussi souvent chez un sexe que chez l'autre.

Il n'en est pas tout-à-fait de même des parties latérales d'un même individu ; la maladie s'est présentée un bien plus grand nombre de fois du côté gauche que du côté droit.

2° Causes efficientes.

1° *Causes traumatiques*.. — Les contusions résultant d'une chute sur les pieds, sur les genoux, sur le grand trochanter, la distension des ligamens produit par un écart, un faux mouvement, ont été signalés par un si grand nombre d'auteurs comme causes sinon uniques, au moins déterminantes de la coxalgie, qu'il est impossible d'en nier l'influence. Nous avons déjà dit que J.-L. Petit n'en admettait pas d'autres. Nous n'adoptons pas cette opinion exagérée ; seulement, nous faisons aux causes traumatiques une large part dans la production de la maladie ; elles sollicitent un travail morbide qui trouve, il est vrai, dans l'état général de l'organisme des élemens de durée et de développement, mais qui

souvent ne se serait pas manifesté sans leur concours.

Je rapprocherai de ces causes traumatiques une cause d'une nature un peu différente, mais dont le mode d'action se rapproche cependant de celle des causes mécaniques ; je veux parler de l'irruption dans l'article sain, d'un liquide irritant, le pus, par exemple : les faits de ce genre sont assez fréquens.

On sait qu'au niveau du point où le tendon réuni des psoas et iliaque, glisse sur l'articulation coxo-fémorale, il existe une bourse muqueuse ; or, quelquefois il arrive que cette bourse communique à travers le ligament orbiculaire avec l'intérieur de l'articulation. Le plus souvent cette communication n'a pas lieu ; mais le ligament capsulaire est aminci et très disposé à se laisser perforer. Quand un abcès par congestion ou migrateur venant du rachis, ou quand un abcès consécutif à un psoïtis, remplit la gaîne du muscle, se propage le long de son tendon, il arrive que ce pus fuse dans l'articulation, et donne lieu par sa présence au développement de phénomènes inflammatoires très aigus. C'est là une des causes les plus graves de coxalgie.

2° *Causes rhumatismales.* — Ce n'est point ici le lieu de discuter la question de savoir si l'affection rhumatismale est une inflammation franche, qui ne diffère de celle produite par une cause traumatique que parce qu'elle provient de l'action du froid, *inflammatio a frigore*, ni si la cause rhumatismale agit sur les tissus fibreux et musculaires, ou bien sur les tissus synoviaux seulement ; qu'il me suffise de dire que dans l'état rhumatismal il y a certainement autre chose qu'un état inflammatoire purement local ; que là, comme dans la plupart des affections internes, il existe un *quid ignotum*, une altération constitutionnelle qui imprime à la

marche des affections développées sous son influence un cachet spécial. Quoi qu'il en soit, nous voyons presque tous les observateurs s'accorder à admettre l'action de cette cause ou de cet état de l'organisme sur le développement des affections articulaires, et spécialement celle que l'on observe chez l'adulte, ainsi qu'il résulte des observations de Larrey (1).

3° *Cause scrofuleuse.* — Tout aussi obscure dans son essence que la cause rhumatismale, la cause scrofuleuse n'a pas une influence moins réelle sur la production des maladies articulaires de l'enfance surtout : elle agit moins fréquemment chez l'adulte.

4° *Cause syphilitique.* — Le vice syphilitique agit bien plus rarement que les deux précédens pour déterminer la coxalgie. Dupuytren, cependant, en cite un cas bien remarquable, où les deux fémurs étaient luxés en dedans sur les trous obturateurs.

TROISIÈME PARTIE. — SYMPTÔMES.

CHAPITRE Ier. — DOULEUR.

C'est ordinairement le premier phénomène de la coxalgie.

§ Ier. — *Siége.*

Elle se manifeste tantôt au-dessous, tantôt au niveau de de la hanche, souvent au pli de l'aine; d'autres fois, et le plus souvent même, dans la coxalgie de nature scrofuleuse, elle se propage dans une étendue plus ou moins considérable

(1) *Clin. chir.*, p. 330.

du membre, au genou par exemple, et même jusqu'à la pointe du pied.

Cette observation n'avait point échappé aux anciens, Paul d'Égine (1) surtout l'avait déjà parfaitement indiquée. Dans quelques circonstances, cette douleur sympathique, acquiert une telle intensité qu'elle masque complétement l'affection de la hanche, et que bien des praticiens ont traité leurs malades pour des tumeurs blanches, qui n'existaient pas dans le lieu où ils les supposaient. Cette douleur sympathique a du reste des caractères variés : tantôt, ainsi que le dit Boyer, elle n'est point exaspérée par la pression; d'autres fois on a noté le contraire. M. Bérard (2) a eu l'occasion de voir une femme qui jetait les hauts cris dès qu'on approchait la main du genou, et chez laquelle cependant on n'a trouvé à l'autopsie aucune lésion, si ce n'est dans la hanche.

M. Bermond (3) a cherché à préciser ces modifications, et essayé de les rattacher à la nature même de la maladie. «De nombreuses questions adressées au malade, dit-il, m'ont appris que dans l'espèce rhumatismale la douleur était transmise au genou par les tendons des muscles qui, partis du bassin ou du fémur, vont s'implanter au genou; ils indiquaient constamment avec la précision d'un anatomiste ou bien les tendons formant la patte d'oie sur le tibia, ou la corde tendineuse du troisième adducteur.

« Dans l'espèce scrofuleuse, c'était plutôt par l'organe médullaire que la douleur momentanée ou persistante était propagée par continuité ou par sympathie à l'articulation du

(1) Loc. cit., voyez notes histor.

(2) Dict. en 30 vol., t. XV, p. 13.

(3) *Gaz. méd.*, t. IX, p. 822.

genou. Le patient ne manquait jamais de circonscrire toute la douleur aux condyles du fémur de même qu'il désignait exclusivement la mortaise tibiale du coude-pied, si le genou était frappé d'arthrocace. Enfin, dans d'autres circonstances, l'irradiation de la douleur aux parties inférieures suivait la direction des cordons nerveux, depuis le grand trochanter jusqu'à la malléole externe, et se rattachait évidemment à une *névrose*. »

Dans sa thèse inaugurale (1), M. Richet adopte la deuxième explication de M. Bermond, il la confirme par des expériences desquelles il résulte qu'à l'état sain, les deux extrémités des os longs communiquent par le moyen du canal médullaire, et par des observations qui prouvent que la maladie peut, en suivant cette voie, se transmettre de l'une à l'autre. « Tous les praticiens, dit-il, savent que dans la coxalgie, souvent la douleur est aussi vive, pour ne pas dire plus vive, dans le genou que dans la hanche; or, il me semble que l'on se rend très bien compte du phénomène en songeant à cette facile propagation de la maladie d'une extrémité articulaire à l'autre; et la meilleure preuve que l'on puisse invoquer, c'est d'une part les douleurs qui suivent le trajet de l'os, et qui courent, selon l'expression des malades, tout le long du membre; et d'autre part l'empâtement, la tuméfaction que l'on observe quelquefois autour de l'articulation qui est le siége de la douleur. »

Cette explication me semble assez rationnelle, elle rend compte d'un grand nombre de faits, de ceux surtout mentionnés par M. Gerdy (2). « Il est très commun, dit ce pro-

(1) Page 38.

(2) *Bulletin de l'Académie*, t. IV, p. 561.

rotation en dehors et en dedans, la cuisse étant légèrement fléchie; il arrive un moment où la douleur se fait sentir plus vive, et arrache un cri à l'enfant; c'est pour M. Guersant un signe diagnostique d'une grande importance; nous y reviendrons plus tard.

D'autres fois, au contraire, elle acquiert une intensité terrible; le moindre mouvement volontaire ou communiqué, la moindre pression, arrache au malade des cris déchirans. N'éprouvant de repos que dans une immobilité presque absolue, le malade redoute tout ce qui le force à changer de position; l'ébranlement du lit, le froissement des couvertures, suffit pour réveiller les crises douloureuses.

Toutes les nuances d'intensité peuvent se rencontrer entre ces deux extrêmes. En général, cette intensité se trouve en rapport avec la période de la maladie, la rapidité de sa marche, les causes qui l'ont produite. Au début, la douleur est généralement peu vive; souvent elle ne se fait sentir que d'une manière sourde et profonde, elle ne se manifeste que par intervalle, et semble, dit M. Bérard, tenir des douleurs rhumatismales, dont elle a le caractère et la forme erratique.

Peu-à-peu elle augmente, devient fixe, empêche les mouvemens spontanés de s'exécuter, rend la progression difficile, et contribue par conséquent au phénomène complexe de la claudication. Elle acquiert ordinairement toute son acuité vers le milieu de la maladie, à l'époque où la suppuration se forme; puis, après la rupture de la capsule, ou l'issue du liquide purulent, son intensité décroît.

On pourrait croire, d'après cet exposé, que l'intensité de la douleur est constamment liée à l'altération des os; il n'en est rien. Les observations nous montrent des altérations débutant par les parties osseuses, ayant même produit des désor-

dres considérables, sans que le malade eût éprouvé aucune douleur; tandis que, d'autres fois, dès le début, et sans qu'il paraisse y avoir encore de désordres notables, la douleur est extrêmement vive : ce sont là cependant des faits exceptionnels.

La douleur est assez ordinairement liée à la marche de l'affection. Une coxalgie lente et chronique, qui ne parcourt ses diverses périodes qu'avec lenteur, n'est ordinairement point accompagnée de vives douleurs ; tandis que celle dont toutes ses périodes se pressent, et qui, dans l'espace de quelques semaines, produit la désorganisation de la hanche, donne le plus souvent lieu à des douleurs atroces.

On comprend que la cause peut avoir aussi de l'influence sur l'intensité de la douleur coxalgique. Presque toujours, quand la maladie est due à une contusion violente, par chute sur la région trochantérienne, les genoux ou les pieds, la douleur est immédiatement très vive ; elle se calme ensuite peu-à-peu, et reprend plus tard une nouvelle intensité, quand l'inflammation secondaire se manifeste.

Quand, au contraire, la maladie survient sans cause appréciable, la douleur est d'abord sourde et profonde, et ne progresse qu'avec lenteur.

La cause syphilitique imprime ici son cachet à la douleur, comme dans la plupart des affections développées sous son influence : dans quelques observations, en effet, on a constaté l'existence de douleurs nocturnes.

§ III. — Continuité.

En général, la douleur, même quand elle présente une certaine intensité, ne se manifeste pas d'une manière continue ; ce sont les mouvemens spontanés ou communiqués, les

pressions directes sur les parties molles voisines de l'article, sur le trochanter ou sur l'extrémité du membre, qui la réveillent. Il en est de même de certaines positions du membre dans lesquelles la capsule se trouve tendue ou relâchée. On a profité de cette circonstance pour le diagnostic, parfois si difficile, de la coxalgie à son début.

Quand les mouvemens spontanés restent indolens, des mouvemens un peu brusques, un peu étendus, peuvent réveiller la douleur. Nous avons vu quel parti M. Guersant fils a su tirer de la douleur sollicitée par des mouvemens de rotation brusques et répétés. Tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître que des pressions latérales sur les deux trochanters, des pressions verticales de bas en haut sur le genou, sur la plante du pied, ont souvent servi à rendre ce symptôme plus manifeste ; l'exploration directe, la palpation de l'articulation au-dessous du pubis, comme le signale Samuel Cooper, au-dessus du trochanter et derrière cette apophyse, ne sont point non plus à négliger.

Il serait à désirer que nous eussions un moyen infaillible de distinguer la douleur sympathique du genou, de la douleur due à une altération réelle ; mais jusqu'ici, la plupart des signes donnés par les auteurs ne remplissent qu'imparfaitement leur objet. Nous avons vu que le signe donné par Boyer, la non-exaspération par la pression, n'est pas exact ; l'absence de gonflement, signe plus important, n'a pas non plus été observé dans tous les cas.

CHAPITRE II. — ALTÉRATION DANS LES MOUVEMENS DE L'ARTICULATION.

Ce signe est peut-être le plus constant de ceux qu'on observe dans la coxalgie ; il se manifeste dès le début de l'af-

fection, avant même que l'attention du malade ait été éveillée par la douleur. Il n'est pas rare de voir des enfans qui, déjà sous l'influence d'une coxalgie commençante, n'en continuent pas moins de se livrer aux jeux et aux exercices propres à leur âge, sans accuser encore aucune douleur, et chez lesquels cependant l'œil perspicace d'une mère ou d'un médecin aperçoit déjà quelque incertitude dans la démarche.

A cette période, l'exploration, même la plus attentive, permet à peine de reconnaître quels sont les mouvemens qui se trouvent gênés ou amoindris. Ce n'est qu'en voyant le malade marcher que l'on reconnaît cette altération.

Chez les petits enfans, qui n'offrent pas la ressource de la marche, la chose est plus difficile encore.

M. Guersant fils a bien voulu me communiquer un moyen de diagnostic qu'il emploie avec le plus grand avantage, depuis plusieurs années, à l'hôpital des Enfans. Ce signe consiste dans une certaine raideur qui existe dans les mouvemens de rotation de la cuisse. Pour le percevoir, on explore successivement, en les comparant, les mouvemens du membre sain et du membre malade; et, avec un peu d'habitude, on distingue dans ce dernier une raideur manifeste.

Plus tard, les mouvemens se limitent de plus en plus; celui d'extension surtout et celui de latéralité paraissent évidemment plus bornés; et, pour marcher ou courir, les malades, obligés d'emprunter à l'articulation lombo-pelvienne ou coxo-fémorale de l'autre côté ce qui manque aux mouvemens du côté malade, présentent dans leur démarche un aspect tout particulier, et qui souvent, à lui seul, peut faire présumer l'existence de la coxalgie.

Enfin, il arrive un moment où les mouvemens sont limités

dans des bornes si étroites, que la cuisse semble ankylosée sur le bassin.

Les causes qui peuvent amener ce résultat sont de plusieurs ordres : au premier rang se place la douleur. Nous avons établi précédemment que ce phénomène était généralement exagéré par la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre, par les mouvemens spontanés ou communiqués : or, il est facile de comprendre que, pour se soustraire à cette sensation pénible, le malade devra limiter de lui-même et instinctivement les mouvemens de l'articulation, et que cette limite, pour ainsi dire volontaire, sera soumise à l'intensité de la cause, par conséquent aussi au degré d'irritation dont les parties articulaires seront le siége. La douleur, comme on le comprend bien, n'agit ici que comme cause excitatrice, et c'est aux muscles que l'on doit véritablement rapporter la limitation des mouvemens. Ces organes se contractent pour ainsi dire instinctivement ; et comme leur intervention est à chaque instant sollicitée, bientôt ils prennent l'habitude de cette nouvelle fonction, et s'y accommodent, de sorte qu'on les voit, au bout d'un certain temps, affectés d'une véritable contracture. Cette contracture n'est pas la même chez tous les muscles groupés autour de l'articulation ; elle n'affecte d'abord que ceux qui se trouvent dans la sphère des mouvemens douloureux, et ce n'est que par l'extension graduelle de cette sphère qu'un plus grand nombre de muscles se trouvent ainsi contracturés. Le *tissu cellulaire* intermédiaire ne tarde pas à participer à l'altération : le défaut de mouvement lui permet de revenir sur lui-même, lui fait perdre son extensibilité, sa souplesse, puis, comme nous le verrons plus bas, à cette cause primitive vient se joindre, dans une période plus avancée, l'influence

de l'inflammation chronique qui a envahi tous les tissus, les muscles, les ligamens eux-mêmes.

Il est une autre cause, moins connue des auteurs contemporains, et signalée récemment dans plusieurs mémoires remarquables, par M. Bonnet, de Lyon (1), et Parise (2) : c'est la distension de la capsule par un liquide.

Nous aurons occasion plus tard de revenir sur les expériences curieuses entreprises par ces observateurs; pour l'instant, il me suffit de dire que si, sur un cadavre, on injecte avec force un liquide dans la cavité coxo-fémorale, le fémur se porte dans la *flexion*, l'*abduction* et la *rotation en dehors*, et y reste fixé; toute tentative pour exécuter les mouvemens opposés rompant la capsule, à moins que le liquide ne s'écoule. Ces expériences ont donné constamment les mêmes résultats à leur auteur. Pour ma part, je les ai répétées et me suis convaincu de leur exactitude.

Or, relativement à la diminution des mouvemens, il est facile de voir que cette accumulation considérable de liquide peut les abolir d'une manière complète, et fixer le membre immobile dans une certaine position. Une quantité moins considérable entraînera seulement de la gêne; c'est, du reste, ce que mes expériences m'ont démontré, en répétant les injections par le procédé de M. Bonnet, j'ai vu que la mobilité diminuait graduellement en raison de la quantité de liquide que je faisais pénétrer.

A la rigueur, on peut concevoir, par cette explication, une gêne plus ou moins prononcée des mouvemens, sans nullement faire intervenir la douleur.

(1) Bonnet, *Gaz. méd.*, t. VIII, p. 721 (*Mém. sur les positions des membres dans les maladies articulaires*).

(2) Parise, *Archiv. génér. de méd.*, 3e série, t. XV, p. 1.

fesseur de voir la douleur se manifester même très vive dans l'articulation placée au-dessous de celle qui est réellement affectée. Cette année 1839, à l'hôpital de la Charité, nous avons vu bien des fois le même phénomène, et entre autres chez trois malades en même temps ; l'un avait une maladie de la hanche, et se plaignait exclusivement du genou ; le second avait le genou affecté et souffrait du coude-pied ; le troisième, qui était une jeune femme, avait une tumeur blanche du coude, et se plaignait du poignet. Néanmoins, tous les trois souffraient de la jointure malade, quand on y déterminait des mouvemens, et dans certains endroits quand on y exerçait une compression plus ou moins forte. » M. Gerdy a donné de ces faits une explication qui n'en est pas une, mais que nous devons cependant faire connaître.

« A quoi, dit-il, peut tenir la souffrance d'une articulation inférieure à la jointure malade? C'est un fait que nous ignorons complétement. Mais comme les parties intermédiaires ne souffrent point et qu'il n'est pas possible de l'expliquer par la continuité ni par la contiguïté des parties, voilà pourquoi j'ai dit que c'était un phénomène sympathique, et c'est, en effet, le caractère des phénomènes indépendans de la contiguïté et de la continuité des parties voisines ; car s'ils tenaient à l'un de ces deux modes de connexion, ils ne seraient pas plus sympathiques que les battemens du pouls ne le sont de ceux du cœur.

La douleur locale qui s'est peu-à-peu développée dans toute la cuisse (1), n'était si aiguë, que parce qu'elle précédait et accompagnait un travail de suppuration considérable, que parce qu'elle accompagnait un phlegmon aigu. Elle était

(1) M. Gerdy parle du malade de M. Ballot.

plus vive encore par les mouvemens que par le palper pratiqué sur le membre malade, parce qu'elle avait son siége dans les muscles en même temps que dans le périoste, mais *il n'est pas certain qu'elle se manifeste dans le fémur lui-même,* car les os enflammés et u ppurans souffrent assez rarement. »

Il est quelques cas enfin auxquels on peut appliquer l'explication proposée par M. Cruveilhier. Ce professeur, considérant la distribution du nerf obturateur à l'articulation coxo-fémorale, ainsi qu'à celle du genou (1), pense que la douleur peut suivre ce trajet pour se propager de l'une à l'autre. Pour les cas qui ne rentrent pas dans ces explications, il est peut-être prudent de dire, avec M. Gerdy, que c'est un phénomène sympathique, ou bien encore un phénomène non expliqué d'une manière satisfaisante.

§ II. — *Intensité.*

L'intensité de la douleur coxale ou de la douleur sympathique peut offrir tous les degrés imaginables. Il n'est pas rare de voir des enfans affectés d'une coxalgie commençante, continuer à marcher, à courir même; on observe à peine une légère claudication, encore les malades eux-mêmes restent-ils long-temps sans s'en apercevoir. Chez les tous petits enfans, m'a dit mon collègue et ami M. Guersant fils, cette douleur est si fugace que des mouvemens même très étendus et très variés ne provoquent aucune plainte ; il faut, pour la rendre manifeste, user de certaines précautions, employer certaines manœuvres. Celle qui lui a le plus souvent réussi, consiste à imprimer au membre de légers mouvemens de

(1) Cruveilhier, *Anatomie descript*, t. IV, p. 840.

Cependant, en réalité, ces deux causes doivent être le plus souvent réunies.

Ce n'est pas seulement une accumulation de liquide qui peut amener le résultat dont nous parlons ; toute production charnue ou autre, développée au fond de la cavité cotyloïde, me paraît apte à jouer le même rôle.

Les circonstances dont nous venons de parler agissent surtout au début de la maladie, mais plus tard, quand l'article est envahi par une désorganisation plus avancée, les muscles sont contracturés, le tissu cellulaire qui les enveloppe, transformé en un tissu lardacé par l'inflammation chronique ; des brides fibreuses se sont développées dans les parties voisines, enfin les os eux-mêmes ont leurs surfaces articulaires détruites, leurs rapports sont altérés, ou bien ils ont contracté des adhérences anormales, soit entre eux, soit avec les parties voisines. C'est alors que l'immobilité est véritablement fixe et que les moyens résolutifs, antiphlogistiques et autres ne sont plus suffisans : que les moyens chirurgicaux, au contraire, trouvent leur indication.

Nous avons parlé de la diminution dans les mouvemens de l'article ; il est des cas où les mouvemens se trouvent pervertis : tel est le cas où le mouvement se fait de haut en bas, et de bas en haut, de manière à produire alternativement l'allongement et le raccourcissement, ainsi qu'on l'a observé dans quelques cas rares de luxation spontanée dans la fosse iliaque.

Une remarque bien importante à faire à l'occasion de ce signe, c'est qu'il ne faut pas s'en laisser imposer par un examen superficiel. On voit des malades dont le membre, à-peu-près immobile dans son articulation coxo-fémorale, peut encore exécuter des mouvemens assez étendus de flexion,

d'extension, d'abduction et d'adduction; mais en examinant avec soin, on ne tarde pas à reconnaître que ces mouvemens se passent dans l'articulation coxo-fémorale du côté opposé et dans l'articulation des dernières vertèbres lombaires : c'est le bassin qui se meut et non le fémur. Les moyens à l'aide desquels nous pouvons arriver à ce diagnostic sont fort simples, ils consistent à fixer solidement le bassin, pendant qu'on cherche à imprimer au membre des mouvemens en sens divers.

Il n'est pas aussi facile de reconnaître à quelles lésions anatomiques est due l'altération de la mobilité; cependant, quand la douleur seule s'oppose aux mouvemens, on peut, en agissant avec précaution, parvenir à faire mouvoir le membre. Lors, au contraire, qu'il s'y joint une cause mécanique située dans les muscles, dans les tissus fibreux et cellulaire ou dans la capsule synoviale, on se sent arrêté d'une manière immuable, à moins d'efforts qu'il ne faut jamais employer dans une simple exploration.

Nous indiquerons en passant un symptôme assez rare, que l'on n'observe guère que dans certains cas exceptionnels de coxalgie; je veux parler de la crépitation développée dans l'article par les mouvemens de la cuisse; ce phénomène a été noté dans plusieurs observations. Il semble avoir été le résultat du frottement des parties cariées ou dépouillées de leurs cartilages.

CHAPITRE III. — DÉFORMATION DU MEMBRE.

Sous cette dénomination, nous ferons rentrer l'augmentation ou la diminution de volume; l'augmentation, la diminution de longueur; les déviations diverses.

ARTICLE PREMIER. — *Altérations dans le volume.*

§ Ier. — Augmentation.

Elle consiste, dans la première période de la maladie, en un engorgement lent et chronique du tissu cellulaire; ce n'est pas au début qu'on l'observe, mais bien à une époque plus avancée. Ce symptôme indique toujours la propagation du mal aux parties extérieures : en général, le gonflement commence par l'aine, dont le pli s'efface; il envahit ensuite toute la partie supérieure de la cuisse.

Ce gonflement n'est pas ordinairement aussi considérable qu'il paraît au premier coup-d'œil, parce qu'il coïncide avec un certain degré d'amaigrissement de la partie inférieure du membre.

D'autres fois même, ainsi que l'a signalé Brodie (1), « la forme de la fesse change d'une manière notable; elle dépérit, est moins bombée : elle n'a plus alors sa convexité ordinaire; elle ne présente qu'une surface aplatie ; elle est flasque au toucher; sa consistance mollasse l'entraîne vers le bord inférieur, et l'aspect qu'elle présente ferait croire qu'elle est plus grande que celle du côté opposé. Dans très peu de cas, ajoute le même auteur, à une période avancée de la maladie, la fesse est réellement plus étendue, et si on la mesure attentivement, il ne doit pas y avoir de différence entre celle d'un côté et celle du côté opposé. L'altération dans sa forme peut dépendre ici de la position que le malade a l'habitude de garder étant debout; mais la cause principale doit être attribuée à l'appauvrissement des muscles fessiers par faute d'exercice. »

(1) Brodie, p. 108; notes, p. 109.

« Cette altération dans la forme et le volume de la fesse, ajoute M. Marchant, est un symptôme ; mais, en lui-même, il ne doit pas être considéré comme un signe certain de diagnostic dans la maladie de la hanche, attendu qu'il s'observe dans d'autres cas où, n'importe la cause, les muscles fessiers ont été dans un état d'inaction pendant long-temps. Ainsi, les enfans sont sujets à un état paralytique des muscles du membre inférieur ; et, dans cette maladie, si les muscles sont affectés jusqu'au bassin, la fesse offre la même apparence. La même remarque doit être faite lorsque le fémur est malade, et pour les cas où, quelle qu'en soit la cause, le mouvement de la hanche est douloureux et difficile. »

Dans une seconde période, celle de la suppuration, le relief formé par le pus accumulé vient augmenter encore le gonflement : c'est tantôt une tuméfaction diffuse, d'autres fois une saillie circonscrite sur l'un des points de la circonférence du membre. À cette période, et même avant que le pus soit venu se manifester à l'extérieur, le tissu cellulaire sous-cutané s'infiltre de sérosité, devient œdémateux. Cet œdème est le plus souvent limité à la partie supérieure du fémur, rarement il se propage tout le long de la cuisse.

Enfin, dans une troisième période, si les surfaces articulaires viennent à se déplacer en dehors, aux causes précédentes s'ajoute la saillie formée par la portion supérieure de l'os situé dans la fosse iliaque externe et le refoulement des muscles fessiers dont les attaches se trouvent aussi rapprochées.

On observe encore assez fréquemment une légère tuméfaction du genou, lorsqu'il existe dans cette partie une douleur dépendant de l'articulation de la hanche.

§ II. — Diminution de volume.

Elle porte principalement sur la partie inférieure de la cuisse, et contribue à faire ressortir le gonflement de la partie supérieure. Ce n'est que lentement qu'elle se manifeste : elle est due à l'atrophie des muscles, qui, condamnés à une inaction plus ou moins complète, n'ont plus dans leur nutrition le même degré d'activité. Ils se décolorent, deviennent les uns mous et flasques, les autres raides et contractés ; en même temps le tissu cellulaire et toutes les autres portions du membre subissent la même influence ; il n'est pas jusqu'aux os, surtout chez les enfans et les jeunes gens, qui ne finissent par présenter un moindre volume. Nous avons vu à l'article *Anatomie pathologique* comment les os étaient frappés d'un arrêt de développement, comment leur tissu se raréfiait, devenait plus léger et plus friable. On a vu des cas de ce genre où le fémur, considérablement atrophié, avait, sous l'influence de causes peu énergiques, subi plusieurs fractures à quelques années de distance.

Art. II. *Déviations dans la direction du membre.*

Dans la coxalgie, le membre inférieur peut se dévier sur le bassin, de cinq manières différentes : il peut être porté dans la flexion, l'abduction, l'adduction, la rotation en dedans, la rotation en dehors.

Chacune de ces déviations entraîne, ainsi que l'ont parfaitement démontré MM. Bonnet et Parise, une déviation inverse du tronc sur le bassin. Ce phénomène rentre dans la loi d'équilibration, de laquelle résulte qu'une partie du squelette ne peut éprouver, dans sa direction, de changement transitoire ou permanent, sans que toute la tige osseuse

n'éprouve elle-même de déviation harmonique, pour conserver toujours, perpendiculaire au sol, la ligne de gravitation.

Lorsqu'une déviation survient dans l'articulation coxo-fémorale, ces déviations harmoniques se remarquent au-dessus et au-dessous de la partie malade : au-dessus, c'est la tige vertébrale, la région lombaire surtout, qui en est le siége principal ; au-dessous, c'est l'articulation du genou. De plus, il existe, par l'intermédiaire du bassin, une certaine solidarité entre le membre malade et le membre sain, d'où il résulte que ce dernier doit s'accommoder aussi à la déviation dont le premier est affecté.

§ 1er. — Flexion.

Quand la cuisse est fléchie sur le bassin, le malade étant debout, voici ce qui se passe : pour le besoin de la station et de la progression, les deux membres se placent d'abord dans une position verticale et parallèle, de sorte que c'est le bassin qui se trouve fléchi sur la cuisse. Mais cette position fléchie du bassin entraînerait le corps en avant, et porterait la ligne de gravitation au-devant des pieds. Alors se produit le mouvement harmonique d'équilibration : le tronc, pour rester vertical, se porte en arrière, ou s'étend sur le bassin ; ce mouvement se passe principalement dans les dernières vertèbres lombaires, de sorte qu'il existe en arrière une ensellure, en avant un écartement des épines iliaques d'avec les côtes. C'est ce que l'on désigne sous le nom d'*inclinaison antérieure du bassin*.

Si la flexion est considérable, l'extension harmonique du tronc en arrière n'est plus suffisante pour rétablir l'équilibre ; alors le genou se porte en avant, la jambe se fléchit,

et le malade n'appuie plus sur le sol que par la pointe des pieds.

Dans certains cas plus graves encore, la cuisse et la jambe, portés dans une flexion considérable, restent en l'air sans point d'appui; ce qui ne permet plus la station ou la progression sans béquilles. C'est probablement à ce phénomène que fait allusion Cœlius Aurelianus (1), quand il dit : « Tunc « magis vehementem dolorem sentiunt; et ambulant quidam « capitibus digitorum gradientes, alii extensi quidem, sed « sinuatis clunibus hucusque se pronos inclinare valeant ; « alii contracti atque conducti, qui pejus omnibus habere « noscuntur. »

§ II. — Abduction.

Nous avons vu comment, par le fait de la flexion de la cuisse sur le bassin, le tronc exécutait un mouvement en sens inverse, et se portait en arrière pour maintenir dans l'aire circonscrite par les pieds, la ligne générale de gravitation. La même chose a lieu quand la cuisse est portée dans l'abduction. « Dans cette position, en effet, dit M. Parisse (2), le membre s'éloigne du plan moyen, d'autant plus que l'abduction est plus forte. Cela étant, si le malade veut marcher, ou bien il marchera les jambes écartées, ce qui sera fort difficile pour ne pas dire plus, ou bien il cherchera à rapprocher ses deux jambes. La jambe du côté malade étant immobile, il sera obligé de rapprocher l'autre, c'est-à-dire de la porter dans l'adduction; de sorte que l'axe des deux membres fera avec l'axe vertical du bassin et celui du tronc un angle plus ou moins prononcé, dont le sinus regardera

(1) Cœlius Aurelianus, édit. de Haller, t. II, p. 353.
(2) Parise, *Archiv. génér. de méd.*, 4e série, t. II, p. 436.

du côté malade. Dans une telle attitude coudée, la marche est impossible. Il faut que la colonne lombaire s'infléchisse sur le côté sain, afin de reporter l'axe du tronc dans la direction des membres. De là, l'écartement plus grand entre les côtes et la crête iliaque du côté malade : c'est ce que l'on appelle *inclinaison latérale du bassin.* » Il en résulte ensuite les courbures alternatives de la colonne rachidienne, l'élévation de l'épaule du même côté, etc., le plan médian n'est plus rectiligne, il est formé de brisures réunies à angles : ces brisures ou oscillations ont pour résultat de placer sur une même ligne le tronc et les membres.

§ III. — Adduction.

Je n'ai pas besoin d'insister sur cette position qui n'est que l'inverse de la précédente ; le même mécanisme s'y applique de tous points. La cuisse malade portée en dedans force la cuisse saine à se porter en dehors. Les membres, devenus alors parallèles, se placent dans la verticale ; d'où il résulte que c'est le bassin qui se trouve étendu latéralement sur le membre malade, ou, si l'on veut, fléchi latéralement sur le membre sain.

Mais cette position inclinée du bassin entraînerait le corps de son côté et porterait la ligne de gravitation en dehors de l'aire circonscrite par les pieds : alors se produit le mouvement harmonique d'équilibration ; le tronc, pour rester vertical, se porte du côté malade, ou s'étend sur le côté sain. Ce mouvement, qui se passe dans les dernières vertèbres lombaires, détermine le rapprochement des côtes et de l'épine iliaque du côté malade, et au contraire un écartement du côté sain, c'est ce qu'on appelle *extension* ou *élévation latérale du*

bassin. Comme l'*inclinaison* résultant de l'abduction de la cuisse, elle entraîne une série d'inflexions dans la partie supérieure de la tige rachidienne, l'abaissement de l'épaule, etc.

§ IV. — Rotation de la cuisse.

Lorsque la cuisse malade est portée dans la rotation en dehors ou en dedans, celle du côté sain, pour rester parallèle, se porte dans la rotation en dedans ou en dehors. Il en résulte que la face antérieure des cuisses ne correspond plus à la face antérieure du tronc. Celui-ci donc, pour conserver le parallélisme, est obligé d'exécuter un mouvement de rotation analogue à celui des membres inférieurs. Mais le bassin, fixé à la cuisse malade, ne peut suivre le mouvement du tronc : il en résulte une torsion dans la région lombaire; torsion par laquelle le plan antérieur du tronc est ramené sur le plan antérieur des cuisses : or, cela ne peut avoir lieu sans que le plan autérieur du tronc ne croise plus ou moins le plan antérieur du bassin ; cela étant, comme l'on compare la position des épines iliaques au plan antérieur du tronc, on trouve celle du côté malade située plus en avant, si la cuisse malade est dans la rotation en dehors ; on la trouve au contraire plus en arrière, si la cuisse malade est dans la rotation en dedans.

C'est à cette déviation que l'on a donné le nom de *rotation pelvienne.*

Pour nous résumer :

La flexion de la cuisse donne lieu à l'inclinaison antérieure du bassin ;

L'abduction de la cuisse donne lieu à l'inclinaison latérale ;

L'adduction de la cuisse donne lieu à l'élévation ou extension latérale.

La rotation en dedans ou en dehors, à la rotation en arrière ou en avant.

Il n'est pas généralement difficile de reconnaître ces déformations diverses; il suffit pour cela de comparer les deux membres entre eux, et d'examiner leurs rapports avec les différens axes du bassin.

1° *Flexion.*—Le malade étant couché bien horizontalement en supination sur un plan solide, on fait fixer par les mains d'un aide, les deux épines iliaques antérieures et supérieures, et l'on allonge les membres parallèlement. Si la flexion est légère, les deux membres semblent, au premier coup-d'œil, dans un parallélisme parfait; mais l'aide qui maintient le bassin sent l'épine iliaque du côté malade s'abaisser légèrement au moment de l'extension; la cambrure des reins s'exagère et reprend son état normal quand on rend au membre une légère flexion. Ce moyen suffit, dans tous les cas, pour apprécier l'existence de la flexion; mais quand on veut la préciser plus exactement, on peut s'aider de la mensuration. On commence par mesurer le membre sain placé dans l'extension complète, en prenant pour point fixe, en bas, la malléole externe; en haut, l'épine iliaque; supérieure et antérieure d'abord, puis supérieure et postérieure. On note les dimensions données. On procède ensuite à la mensuration du membre malade, et de la même manière on note encore le résultat. S'il y a flexion, le rapport de la mesure antérieure à la postérieure sera moindre que si le membre est dans la rectitude.

Ainsi sur un membre qui donne dans la rectitude 103 pour

la mesure postérieure, 99 pour l'antérieure, on trouve dans la flexion 107........95.

2° *Abduction et adduction.*—Elles sont rarement simples; le plus souvent on les trouve combinées avec la flexion; dans l'un et l'autre cas, leur appréciation est facile.

Le malade est placé comme ci-dessus, un fil est tendu entre les deux épines iliaques antérieures; sur ce fil on en place un second qui le croise à son milieu à angle droit, et d'une part remonte jusqu'à l'ombilic ou au-delà, d'autre part descend jusqu'aux pieds : un coup-d'œil suffit alors pour voir de combien chacun des membres s'éloigne de l'axe du bassin. On apprécie de même de combien le tronc s'est écarté du même axe pour s'harmoniser à la direction de la cuisse.

3° *Rotation.*—Le même procédé sert encore pour apprécier la déviation rotatoire. Un fil est tendu entre les deux épines iliaques antéro-supérieures, une perpendiculaire est élevée sur ce fil à l'aide du fil à plomb : pour cela on tourne le malade jusqu'à ce qu'on soit arrivé à la perpendicularité, puis un coup-d'œil suffit alors pour apprécier le sinus de l'angle formé entre le pied et la perpendiculaire du fil à plomb. On pourrait se servir du quart de cercle pour plus de précision.

Il nous resterait maintenant à rechercher les causes de ces déviations diverses; mais comme ces causes sont en même temps celles qui produisent la plupart des altérations de longueur des membres, nous allons d'abord examiner ces dernières.

(La suite au prochain Numéro.)

QUELQUES POINTS D'HISTOIRE TRÈS MODERNE.

Réparation traumatique sans l'intervention de l'acte inflammatoire et pansement par occlusion. — Rapports des lésions des centres nerveux avec le pied-bot. — Rapport de cette déviation avec toutes les autres. — Origine de la qualification des plaies sans lésion de la peau.

Par M. VIDAL (DE CASSIS).

L'Académie des sciences vient d'être appelée à juger des prétentions à la priorité, qui nous engagent à rappeler quelques faits, on ne peut plus récens, de l'histoire chirurgicale. Le plus important, celui dont il faut bien marquer l'origine, est rélatif à la réunion de la réparation des solutions de continuité sans l'intervention d'un acte phlegmasique quelconque. Or, j'ai déjà établi (1) que ce fait et les conséquences qu'il porte appartiennent à J. Hunter qui prétendait que l'acte de réparation traumatique n'était pas toujours précédé d'un acte morbide, mais qu'il pouvait n'être qu'un phénomène purement physiologique.

Réparation traumatique sans inflammation. — Pansement par occlusion.

Hunter établit deux catégories parmi les solutions de continuité : 1° celles qui ne sont *pas exposées* à l'air et celles qui y sont *exposées;* eh bien! cette première catégorie comprend les *lésions dans lesquelles les parties lésées ne communiquant pas avec l'extérieur, s'enflamment rarement* (Hunter, liv. III, p. 273). Veut-on maintenant la conséquence pratique, la voici : *Les plaies exposées peuvent être ramenées dans beaucoup de cas, quand elles sont convenablement traitées, aux conditions des premières et être réunies par première intention, ce qui empêche l'inflammation et la suppuration* (loc. cit., même page). Y a-t-il

(1) *Exposé critique de la discussion de la ténotomie*, voyez le tome VI et suivant.

quelque part, en chirurgie, un principe et des conséquences pratiques plus clairement exposés? Quand on lit cette page et d'autres aussi explicites dans un livre très bien traduit on se demande, non pas qui l'on veut tromper, mais qui peut être trompé! John Bell dit très expressément encore : « Une division récente se consolide en vertu d'une propriété absolument semblable à *celle qui dans l'état normal préside à l'accroissement des parties*. Pour qu'on ne s'y trompe pas le traducteur écrit en note que ce que vient de dire Bell, s'applique surtout aux plaies qui ne sont pas en contact avec l'air » (Estor, notes à J. Bell, p. 3). Voilà donc Hunter qui exprime dans quelles circonstances la nature supprime l'inflammation et qui indique comment l'art peut la supprimer; puis vient Bell qui caractérise de la manière la plus claire, la plus classique, l'acte qui se met à la place de l'inflammation. C'est le même acte *qui préside à l'accroissement des parties*. En présence de faits si récens, si parfaitement écrits dans l'histoire, on est à se demander ce qu'il faut penser du papier cacheté déposé à l'Institut et qui recèle mystérieusement des vérités si parfaitement découvertes! Ainsi, le fait important qui contient toute la pratique de la réunion immédiate, l'indication et ses moyens, ce fait appartient aux Anglais. Quant aux interprétations de ce fait et aux moyens d'utiliser ses conséquences, franchement nous n'avons guère à ajouter à ce que l'école de Delpech a produit. En effet, Delpech et ses élèves ont cherché et expérimenté à-peu-près tous les moyens de placer toutes les solutions de continuité dans les circonstances favorables à une réparation immédiate. Ils ont donc voulu supprimer l'inflammation traumatique et y sont souvent parvenus. Cependant aujourd'hui deux chirurgiens de mé-

rite abordent l'Institut pour apporter le tribut de leurs recherches aux applications pratiques qui découlent des leçons de Hunter et de Delpech. Si j'ai bien compris les lettres adressées à l'Institut par ces honorables collègues, M. Laugier déposerait sur la plaie une couche de gomme doublée de baudruche pour constituer un nouveau tégument et M. Chassaignac réunirait avec des bandelettes. Il est évident que c'est la même idée qui a dirigé ces deux chirurgiens ; ils veulent empêcher l'inflammation de naître ou la modérer, et la supprimer quand elle existe. Par la gomme, M. Laugier veut empêcher qu'un corps se renouvelle *continuellement sur la plaie* et, comme on le dit vulgairement, ce chirurgien cherche à empêcher le contact de l'air. M. Chassaignac a caractérisé son pansement en l'appelant *pansement par occlusion*. M. Chassaignac a, pour étayer la méthode qu'il propose et le nom qu'il lui donne, une puissante autorité, c'est Dupuytren. J'ai eu le bonheur d'assister long-temps aux leçons de ce grand maître. Ces leçons, je les ai reproduites, en grande partie, dans mon livre. Voici en quels termes j'ai exposé le pansement de Dupuytren : Après avoir parlé du pansement des fractures de l'illustre Larrey, après avoir cité ce que M. Roche(1) dit des applications qu'il a vu faire de cette méthode par les chirurgiens espagnols j'ajoute : « Dupuytren, dans certains cas de fractures compliquées d'une petite plaie, s'était très bien trouvé d'un pansement qui avait de l'analogie avec cette méthode (celle de Larrey et des chirurgiens espagnols) et qu'il appelait *pansement par occlusion;* il consistait à fermer la plaie avec deux ou trois emplâtres agglutinatifs qu'il appli-

(1) *Nouv. éléments de pathologie medico-chirurgicale*, 4e édition, Paris, 1844.

quait les uns sur les autres *et qu'il laissait en place jusqu'à la guérison* et traitait ensuite la fracture comme si elle eût été simple (1). Ainsi, comme j'ai pu le constater plusieurs fois, Dupuytren changeait les autres pièces d'appareil quand il y avait nécessité, mais il ne touchait jamais aux bandelettes. Ce sont les souvenirs des leçons de Dupuytren qui m'ont fait écrire ces lignes dans lesquelles la pratique de ce chirurgien est rappelée avec le nom auquel elle se rattache. Dans mon exposé critique de la discussion sur la ténotomie, je suis revenu sur cette méthode, sur ses caractères, j'ai encore dit son nom et fait entrevoir ses applications à toutes les solutions de continuité (2).

Rapports des lésions des centres nerveux avec le pied-bot.—Rapports du pied-bot avec d'autres lésions et d'autres déviations.

Il y a un livre qu'on n'a pas cité dans les longues discussions sur l'étiologie des difformités, et qui contient cependant la formule la plus nette des idées que Guérin a voulu s'attribuer sur le rôle du système nerveux dans la production des difformités et sur les rapports du pied-bot avec les autres déviations. M. Isid. Geoffroy St-Hilaire est tellement persuadé du rapport de l'état anormal des centres nerveux avec les déviations du pied, qu'il dit très expressément : « Il est même quelques monstruosités, l'acéphalie « par exemple, avec lesquelles le pied-bot se reproduit

(1) A. Vidal (de Cassis), *Traité de pathologie externe et de médecine opératoire*, t. II, p. 56.

(2) Je dois dire ici que M. Chassaignac ignorait complétement ce passage de mon livre et ce qui a rapport au même *pansement par occlusion* dans ma brochure relative à la *discussion sur la ténotomie*. C'est après sa lettre à l'Institut que mon honorable collègue a reçu de moi communication de ces deux documens.

« d'une manière si constante, qu'elle en semble une com-
« plication nécessaire (1) » Voilà donc la doctrine au point de vue de l'étiologie, même avec son exagération. Ainsi, quand on voudra étudier l'étiologie des déviations des membres et du rachis, il ne faudra pas placer seulement le point de départ dans les os, on devra surtout prendre en grande considération les autres organes de la locomotion, les muscles et leurs tendons, les nerfs et les centres nerveux. En un mot, on devra bien se persuader que la source du mal peut être dans la partie passive de la locomotion comme dans la partie active, et au point de départ de toute action aux foyers vitaux (Delpech). Mais si l'idée d'attribuer aux muscles et aux parties qui les animent la cause des difformités n'est pas de nos jours, c'est de nos jours que ses rapports avec la médecine opératoire ont été établis. Et comme il arrive toujours quand deux sciences sont en présence, il y a eu échange de lumières et par conséquent progrès des deux côtés; ainsi, l'anatomie pathologique a fourni des élémens de succès à la thérapeutique, qui, elle, a fourni des élémens de progrès. On a voulu dernièrement assimiler au pied-bot toutes les déviations. La priorité de cette exagération doit être rapportée à qui de droit : elle appartient encore à M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Cet auteur, après avoir comparé la torsion du pied, dit en propres termes, « qu'on doit encore en rapprocher les déviations congéniales
« assez variées qui résultent du renversement de la torsion
« ou d'une manière plus générale de la direction vicieuse
« des doigts des orteils, des jambes, *du rachis* (notez
« bien ce qui va suivre) *ou de toute autre région du*
« *corps*. » M. Isid. Geoffroy St-Hilaire ajoute : « L'analogie,

(1) *Tératologie*, tome I, page 397.

« quoique devenant ici beaucoup moins marquée, est encore « très réelle, et tellement, que je ne pourrais exposer d'une « manière générale la nature, les conditions essentielles et « les causes de ces diverses déviations, sans reproduire ce « que je viens de dire sur le pied-bot (1). » Ainsi, la nature, les causes, les conditions essentielles *des déviations* du rachis ou de *toute autre région du corps* sont les mêmes que la nature, les causes, les conditions essentielles du pied-bot. Voilà donc M. Geoffroy St-Hilaire qui assimile complétement les déviations du rachis au pied-bot, et il ajoute *celles de toutes autres parties du corps*, pour anticiper sur l'avenir, afin de pouvoir rallier au pied-bot les autres difformités qu'on pourrait faire connaître plus tard, comme par exemple les luxations spontanées du fémur, le strabisme. Ainsi, quand l'expérience aura définitivement établi qu'on est allé trop loin dans les analogies du pied-bot, on pourra très bien prouver qu'on n'avait fait qu'endosser ce que M. Geoffroy Saint-Hilaire avait souscrit long-temps avant.

Origine de la qualification des plaies sans lésion de la peau.

Dans ces derniers temps on s'est beaucoup servi du mot composé sous-cutané pour désigner les plaies accidentelles avec intégrité de la peau et les plaies chirurgicales qu'on cherchait à placer dans les mêmes conditions. Il y a même eu, je crois, une chirurgie sous-cutanée, c'est-à-dire une chirurgie qui avait ses raisons pour ne pas être à ciel ouvert. On sera peut-être curieux de savoir qui a inventé cette qualification. On la trouvera dans la *Nosographie chirurgicale* de Richerand, qui appelait déjà les contusions sans division de la peau, *plaies sous-cutanées.*

(1) Tome I, page 407.

NOTE

sur l'entérotomie de l'intestin grêle, dans les cas d'oblitération de cet organe;

par M. J.-G. Maisonneuve (1).

Les nombreuses variétés d'oblitération de l'intestin grêle peuvent être divisées en trois grandes classes, que je distinguerai sous les noms d'oblitération par *obstruction*, par *rétrécissement*, par *étranglement*. La première catégorie comprend deux variétés principales : obstruction par corps étrangers, obstruction par invagination. Les corps étrangers que l'on a rencontrés obstruant l'intestin grêle sont : des noyaux de fruits, des matières fécales; des calculs biliaires. La deuxième catégorie comprend les rétrécissemens congénitaux, les rétrécissemens dus à une forte constriction, un sphacèle de l'intestin, à une contusion, à des ulcérations, aux dégénérescences diverses des parois de l'organe. La troisième catégorie comprend les étranglemens herniaires profonds, les étranglemens par des brides intérieures, fibreuses ou cellulaires, par un nœud de l'intestin, par un trou de l'épiploon, par un anneau anormal du péritoine, par un trou du mésentère, par l'appendice cœcal, par un diverticule de l'iléum.

Les symptômes qui résultent de ces obstructions diverses sont, 1° une constipation opiniâtre ; 2° des coliques violentes ; 3° la tension de l'abdomen ; 4° la tuméfaction des circonvolutions intestinales, des hoquets, des nausées, des vomissemens, l'anxiété, l'altération du pouls, qui devient petit et serré ; l'altération des traits, les sueurs froides, etc. La marche de ces accidens présente de nombreuses variétés,

(1) *Voyez* pag. 250.

suivant la cause de l'oblitération et certaines prédispositions individuelles.

Diagnostic. — En général, l'existence de l'oblitération intestinale est facile à constater ; il est plus difficile de déterminer son siége et d'établir l'existence ou la non-existence de la péritonite. L'examen attentif du mode de distension du ventre, de la saillie des circonvolutions, de la marche des symptômes, du siége de la douleur, les lavemens administrés avec certaines précautions, peuvent cependant permettre, dans la plupart des cas, d'établir un diagnostic précis.

Pronostic. — La mort est la terminaison presque constante de l'oblitération intestinale ; elle est due au trouble des fonctions digestives, et surtout à l'inflammation du péritoine. Dans quelques cas, rares cependant, la guérison peut survenir par les seules forces de l'organisme. Cette terminaison favorable peut être obtenue de deux manières : 1° par la disparition de l'obstacle mécanique, alors, par exemple, que l'intestin renversé dans les volvules se gangrène et est éliminé par la partie inférieure, lorsque le corps étranger est dissous et expulsé ; 2° par le sphacèle et l'ouverture spontanée de l'intestin à l'extérieur, ainsi qu'il en existe des exemples à la suite de l'opération de la hernie étranglée.

Les ressources opératoires employées contre les obstructions intestinales consistent en deux méthodes, le débridement et l'entérotomie. La première, dont on rapporte l'honneur à Franco, est, depuis cet auteur, appliquée à la cure des étranglemens herniaires, et doit être regardée comme l'une des plus utiles conquêtes de la chirurgie. Barbette, et après lui Fagès, ont vainement essayé d'appliquer cette

méthode, sous le nom de *gastrotomie*, aux autres variétés d'oblitération. Elle a été proscrite par l'Académie de chirurgie, et définitivement rayée du cadre chirurgical. La deuxième opération a été proposée par Littre, en 1710, pour le cas d'imperforation de l'anus ; utilement modifiée par Callisen, elle a été reprise par M. Amussat, qui l'a popularisée sous le nom d'*entérotomie lombaire*, et en a fait l'application à tous les cas d'oblitération du gros intestin.

D'après les conseils de Louis, un chirurgien nommé Renault fit une application heureuse de l'entérotomie à un cas d'obstruction de l'intestin grêle. Ce fait resta complétement ignoré des auteurs modernes, et, dans l'état actuel de la science, il n'y a vraiment de ressources dans la chirurgie que pour les étranglemens herniaires, ou bien les obstructions du gros intestin. Toutes les autres variétés d'oblitération de l'intestin grêle sont considérées comme absolument au-dessus du pouvoir de l'art. Pour combler cette lacune, je propose, sous le nom d'*entérotomie de l'intestin grêle*, deux méthodes opératoires. La première, dérivée de l'idée de Littre pour les cas d'oblitération du rectum, a pour but l'établissement d'un anus artificiel. La seconde, dont l'idée fondamentale me paraît entièrement neuve, consiste dans l'anastomose latérale de deux anses d'intestin placées l'une au-dessus de l'autre, et qui appartiennent, l'une à la partie du tube située au-dessus de l'obstacle, l'autre à la partie située au-dessous.

Première méthode. — Établissement d'un anus artificiel. — Cette opération consiste à pénétrer dans l'abdomen, au moyen d'une ouverture faite à ses parois, à rechercher une des anses d'intestin placées au-dessus de l'obstacle, à l'ouvrir, et à favoriser le libre écoulement des matières au

dehors. Le point le plus favorable pour l'opération est la région iliaque, au niveau de la partie antérieure du cœcum, sur le trajet d'une ligne parallèle au ligament de Fallope et dont le milieu croise la ligne bis-iliaque, à 4 centimètres au devant de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Dans ce point, en effet, il est facile de trouver les circonvolutions intestinales distendues, on a moins de chances de rencontrer les anses voisines de l'estomac, et l'anus artificiel est moins incommode que sur la partie antérieure et moyenne de l'abdomen.

Comme exécution, cette méthode opératoire ne présente pas de difficultés sérieuses ; sous ce rapport elle est loin de ressembler à la gastrotomie, qui consistait à pénétrer dans le ventre, pour aller à la recherche d'un obstacle le plus souvent inconnu et indestructible. Elle s'applique indifféremment à tous les cas d'obstruction de l'intestin grêle, quels qu'en soient le siége, la nature, le degré de curabilité. Les diverses conditions de l'obstacle n'influent nullement sur la manœuvre, qui peut être ainsi parfaitement régularisée.

Comme dangers, elle appartient certainement à la classe des opérations graves, mais elle n'a rien de plus redoutable que l'opération de la hernie étranglée.

Le résultat immédiat de l'opération est d'ouvrir aux matières intestinales une libre voie d'écoulement, d'où la cessation des phénomènes d'obstruction. Cet écoulement se fait, il est vrai, par un anus artificiel, mais cette infirmité peut disparaître plus tard si l'obstacle mécanique au cours des matières vient lui-même à céder.

Seconde méthode. — Anastomose latérale d'une anse intestinale supérieure à l'obstacle avec une anse inférieure. — L'exposé de cette deuxième méthode fera l'objet

d'un autre Mémoire que je me propose de présenter prochainement à l'Académie.

Conclusions.

1° Les nombreuses variétés d'oblitération de l'intestin grêle ne doivent plus être considérées comme au-dessus des ressources de l'art.

2° L'entérotomie constitue une ressource précieuse contre ces affections.

3° Elle peut être appliquée, avec des chances raisonnables de succès, dans tous les cas où l'oblitération n'est point encore compliquée de péritonite générale.

4° Cette opération mérite de prendre rang dans la science, à côté de l'opération de la hernie étranglée et de l'entérotomie du gros intestin.

REVUE CHIRURGICALE.

Recherches sur les fractures de la base du crâne, par F. A. Aran.

Nous allons extraire de ce travail ce qui a trait à la partie du diagnostic qui est relative à l'écoulement du sang par l'oreille; un des symptômes les plus précis des fractures du crâne. Nous transcrirons aussi des observations qui se rapportent à l'écoulement séreux par l'oreille, signalé par M. Laugier.

M. Blandin, dit l'auteur, dans les savantes leçons duquel nous avons puisé l'idée mère de ce travail, attache une telle importance à ce symptôme, que nous l'avons vu souvent annoncer, d'après ce seul signe, l'existence d'une fracture de la

base du crâne (1). Tantôt l'écoulement de sang est si peu considérable qu'on le reconnaît seulement à la trace sanglante qu'il a laissée dans le conduit auditif; tantôt, au contraire, l'écoulement a donné lieu à un caillot qui obture le conduit auditif; enfin, l'écoulement peut être assez abondant pour que le sang qui s'écoule incessamment par l'oreille puisse être recueilli dans un vase. Mais ce n'est pas tant l'abondance de cet écoulement qui lui donne une grande valeur, que deux circonstances principales, sur lesquelles M. Blandin insiste : à savoir, la durée de cet écoulement pendant un certain espace de temps, et l'intégrité ou la non-intégrité de la membrane du tympan; la durée de l'hémorrhagie, parce qu'elle démontre qu'il n'y a pas eu seulement rupture de quelques vaisseaux de l'oreille externe, ou même de quelques-uns des vaisseaux émissaires de l'oreille moyenne, auxquels Béclard attribuait cette hémorrhagie; la déchirure du tympan, parce qu'elle établit que la cause qui a agi sur le crâne était animée d'une puissance considérable, et que le sang est fourni par les parties profondes. Au milieu du grand nombre de faits qui viennent à l'appui de l'opinion qui précède, nous avons choisi les deux observations suivantes, qui sont à-la-fois fort intéressantes et peu connues.

(1) Les anciens auteurs étaient bien loin de se faire une idée exacte de la valeur de l'écoulement de sang par l'oreille : ainsi P. Barbette et avec lui Tulpius croyaient que le sang qui sort par l'oreille, au moment des chutes sur la tête, vient des parties extérieures de la tête. Suivant eux, le péricrâne qui revêt l'os temporal n'adhérant pas intimement à cet os et au rocher, le sang descend entre le péricrâne et les os du crâne qu'il pénètre, dans l'espace qui existe entre le pariétal de l'os pétreux. De là il passe comme à travers un crible dans le méat auditif (Bonet, *Sepulchret.*, liv. IV, s. 2, p. 1574.)

Obs. XIV. *Chute sur la tête; écoulement de sang prolongé par l'oreille; fracture de la base du crâne.* — Un homme de 60 ans fut trouvé sans connaissance dans la rue. Il fut reconnu qu'il était ivre, et qu'ayant fait du bruit dans une maison publique, il avait été, ou s'était jeté par terre. Il put marcher depuis le lieu de l'accident, soutenu qu'il était, mais il paraissait plutôt obéir à une impulsion machinale, qu'il n'avait la conscience de ce qu'il faisait et de ce qui se passait autour de lui. Il ne paraissait pas comprendre les questions qu'on lui adressait, et répondait *oui* à tout ce qu'on lui demandait. Laissé à lui-même, il retombait aussitôt dans la stupeur; les yeux étaient à demi ouverts, les pupilles contractées; le pouls à 90, assez mou. Il avait vomi et saigné du nez; *le sang continuait à couler par l'oreille gauche.* Une fois que le blessé fut couché, le pouls devint intermittent; la respiration était difficile, et le malade paraissait *fumer la pipe* (1); pas de plaie extérieure, mais un gonflement vers la moitié gauche de l'occiput, entre l'apophyse mastoïde et le tubercule de l'occipital; la pression exercée à ce niveau donnait lieu à une vive douleur. Mort deux jours après. A l'autopsie : extravasation abondante de sang au-dessous du tendon du muscle occipito-frontal; fracture commençant à l'angle postérieur et supérieur du pariétal droit, suivant pendant quelque distance le trajet de la moitié inférieure de la suture lambdoïde, se portant ensuite en avant; là elle passait au-dessus de la fossette qui correspond au sinus latéral gauche, pénétrait dans la portion mastoïdienne de l'os temporal, *entrait dans la portion pétreuse de cet os qu'elle traversait obliquement de manière à ouvrir le labyrinthe,* et se terminait près du canal carotidien; épanchement de sang très abondant le long des fractures, et déchirure du lobe inférieur du cerveau (*London med.* pag. t. III, p. 788; 1829).

Obs. XV. *Chute sur la tête; hémorrhagie prolongée par le conduit auditif externe; fracture de la base du crâne.* — Un ba-

(1) Nous pensons que la paralysie de la face dépendait, dans ce dernier cas, d'une lésion du nerf facial, et nous regrettons vivement qu'on n'ait pas noté, à l'autopsie, l'état dans lequel se trouvait ce nerf.

layeur, âgé de 41 ans, tomba, pendant qu'il était ivre, dans un escalier. Quand on le releva, le sang coulait abondamment par l'oreille gauche; le lendemain et le surlendemain il resta au lit, sans cependant faire appeler un médecin. *Pendant ces deux jours le sang continua à couler par l'oreille gauche.* Le troisième jour après l'accident, sa femme étant sur le point d'accoucher, il alla lui-même chercher une sage-femme, et fit un trajet d'un peu plus de deux lieues, avec la même agilité que s'il eût été en bonne santé; à son retour, il se plaignit d'un peu de fatigue et de mal de tête. Deux heures après son retour, céphalalgie plus intense, fièvre, somnolence, délire. Dans le point où le choc avait eu lieu, à la partie postérieure, supérieure et externe du pariétal gauche, on constata, après son entrée à l'hôpital, une bosse un peu saillante, à base large, d'une circonférence de 5 à 6 pouces, sans lésion du cuir chevelu, et douloureuse à la pression; la jambe et la cuisse du côté droit, retombaient, lorsqu'on les soulevait, comme une masse inerte, et la sensibilité y était manifestement diminuée; quant au membre inférieur gauche, il jouissait de toute sa sensibilité et pouvait exécuter tous ses mouvemens. Mort dans le coma au cinquième jour. A l'autopsie : disjonction de la partie postérieure et gauche de la suture lambdoïde, laquelle est continuée par une fracture qui affecte le temporal, et qui passe à la base de l'apophyse mastoïde; une autre fracture partage en deux le conduit auditif, à l'ouverture duquel on trouve un petit fragment osseux détaché, de la largeur d'une pièce de cinq sous; *le rocher est fracturé en plusieurs endroits;* des esquilles même en sont séparées; la cavité glénoïdale est aussi fracturée, et le sinus latéral gauche est largement ouvert à l'endroit où il atteint le trou déchiré postérieur; épanchement sanguin, circonscrit à une étendue de 5 à 6 pouces, et situé au-dessous du pariétal gauche, entre l'os et la dure-mère; à la surface convexe de l'hémisphère gauche, on rencontre des épanchemens partiels qui lui donnent une couleur lie de vin. Les lobes antérieurs, et surtout le gauche, sont ecchymosés, contus et ramollis (Boinet, *Bull. de la Société anat.*, 1834).

Un fait qui a été rapporté dans ces derniers temps par

M. Chassaignac tendrait à faire croire que l'on aurait tort d'attacher une trop grande importance à l'écoulement de sang par l'oreille, comme signe de fracture de la base; voici ce fait.

Obs. XVI. *Chute d'un lieu élevé; hémorrhagie abondante et prolongée par l'oreille; guérison.* Un peintre, âgé de 18 ans, était occupé à peindre une maison, lorsque la corniche sur laquelle il s'appuyait manqua sous ses pieds; il tomba d'une hauteur d'environ 6 pieds, la tête en bas, sur le pavé. On le releva sans connaissance. A la syncope, qui avait duré plusieurs heures, succéda un état de stupeur, et même de coma, qui fit soupçonner une lésion des plus graves, la fracture d'un ou de plusieurs des os du crâne, et plus particulièrement une fracture du rocher. En effet, *écoulement du sang par les deux oreilles*, mais plus abondant par l'oreille gauche; bosse sanguine noirâtre au-dessus de celle-ci, vers la région temporale, qui est fortement contuse; en comprimant cette tumeur, le fond en est égal, et la surface osseuse paraît intacte; les paupières sont envahies par de larges ecchymoses; du reste, aucune solution de continuité aux parties molles. Le troisième jour après l'accident, l'écoulement de sang de l'oreille gauche est remplacé par un suintement de liquide séro-sanguinolent; surdité de ce côté, où le malade n'entend que des bourdonnemens; pas de paralysie de la face. Les jours suivans l'écoulement par l'oreille est encore plus séreux, et l'état général continue à être plus satisfaisant. Le septième jour, le malade a une syncope. On s'aperçoit, en relevant les paupières, qu'il y a une suffusion jaunâtre dans l'hémisphère supérieur de la conjonctive oculaire. Cette aréole jaunâtre paraît plus prononcée vers l'œil gauche que vers l'œil droit. Le huitième jour, l'écoulement séreux a lieu par l'une et l'autre oreille. Quand on dit au malade de fermer la bouche et le nez, et de faire un grand effort d'expiration, l'air vient sortir par le conduit auditif externe du côté gauche, en produisant un bruit de sifflement qui indique la déchirure de la membrane du tympan. Le neuvième jour, la suffusion jaunâtre du globe oculaire devient moins apparente; l'écoulement des oreilles n'a plus lieu que du côté gauche, et il a beaucoup dimi-

nué. Le malade continue d'aller de mieux en mieux. La face a conservé ses mouvemens ; cependant la *surdité persiste*, et persiste encore au moment de la sortie du malade, vingt-cinq jours après l'accident (Chassaignac, (1) *des Lésions traumatiques du crâne et des parties qu'il contient*; thèse de concours, 1842).

Si l'on veut lire attentivement l'observation précédente, on ne tardera pas à se convaincre que c'est bien à une fracture de la base du crâne, intéressant plus particulièrement le rocher, que l'on a eu affaire ; l'intensité et la durée des symptômes cérébraux les accidens graves auxquels cet individu a été en proie, cet écoulement de sang qui a duré trois jours, et a été remplacé à cette époque par une écoulement séreux, l'ecchymose des paupières et des conjonctives, la surdité persistant encore vingt-cinq jours après la chute, telles sont les circonstances qui ne nous laissent aucun doute à cet égard. De quoi conclurait-on que cet homme n'a pas eu une fracture de la base du crâne? De ce qu'il n'a pas succombé ? Mais est-il bien prouvé que toutes les fractures de cette base doivent se terminer d'une manière funeste? N'a-t-on pas vu des individus survivre très long-temps à des lésions de cette espèce ? Nous avons insisté sur ce point, qu'il y a des fractures sans écartement de leurs bords ou avec un écartement peu considérable, sans décollement de la dure-mère, sans hémorrhagie, sans lésion du cerveau : qu'est-ce qui peut s'opposer, dans ces circonstances, à ce que les blessés gué-

(1) Nous sommes heureux de déclarer que nous avons fait de nombreux emprunts à l'excellente thèse de notre ancien maître, M. Chassaignac. Le grand nombre de faits curieux qu'elle renferme, la manière large et complète dont les questions de plaies de tête y sont traitées, font de cette thèse une des plus utiles et des plus indispensables à consulter pour tous ceux qui veulent écrire sur les lésions du crâne et des parties qu'il contient.

rissent ? La présence d'une hémorrhagie, et même d'une déchirure de la dure-mère, n'ajoute presque rien à la gravité de la lésion; et si l'ébranlement n'a pas amené la désorganisation de la substance cérébrale, la guérison est possible. Au reste, M. Chassaignac n'en a pas moins insisté sur la valeur de l'écoulement de sang par l'oreille comme signe diagnostique de la fracture de la base. « Réduit à lui seul, dit-il, ce signe ne saurait prouver l'existence d'une fracture du rocher; mais lorsqu'il est accompagné de symptômes graves annonçant la compression des parties importantes du centre nerveux, lorsqu'il est accompagné de l'état comateux, et quand la cause de l'accident est de nature à faire penser qu'une grande violence a été exercée sur la tête, ce signe prend alors une grande importance. Si, en outre, l'examen du conduit auditif fait voir que la membrane du tympan est le siége d'une rupture récente, il y a une presque certitude que l'hémorrhagie est due à une fracture du rocher (Thèse citée). » Nous adoptons pleinement les idées de M. Chassaignac; seulement nous attachons aussi une grande importance à une circonstance dont il n'a pas parlé, c'est-à-dire à la persistance de l'hémorrhagie.

Les écoulemens séreux se montrent bien plus souvent vers le conduit auditif externe que vers les fosses nasales, dans le cas de fracture de la base du crâne. Aussi, bien que l'attention n'ait été appelée, sur ce phénomène, par M. Laugier, que depuis 1840, la science en possède déjà un bon nombre d'exemples. En voici un des plus concluans.

Obs. XX. *Plaie de tête; fracture de la base du crâne; écoulement séreux par l'oreille correspondante.* — Un enfant de 4 ans fut frappé à la tête par une bûche de bois de chêne venant d'une assez grande hauteur. Il se mit aussitôt à courir, mais on ne tarda pas

à le recueillir. Sur le côté droit du front, on voyait une plaie assez étendue, de laquelle s'échappait du sang; *l'oreille droite laissa écouler du sang d'abord, puis bientôt de la sérosité claire et limpide*, qui baignait le conduit auditif, et remplissait la conque. Quand le chirurgien arriva, l'enfant était debout et vomissait; il était abattu, mais n'accusait aucune douleur de tête. La plaie du front était large, mais on ne sentait ni dénudation ni dépression. Le soir, assoupissement profond; pupilles médiocrement dilatées, il coule toujours de la sérosité par l'oreille. Il en est encore de même le lendemain; en outre, des vomissemens. Mort dans les convulsions le troisième jour. Légère dépression dans le fond de la plaie, d'où part une fêlure qui, se dirigeant en bas et en arrière, va se perdre dans le trou déchiré antérieur; *rocher divisé en deux portions* par une fracture antéro-postérieure, qui se termine en arrière dans la région mastoïdienne. La dure-mère est décollée par des caillots à droite (*Bull. de la soc. méd. de Bordeaux*, 1841).

Ainsi qu'on peut le voir par l'observation précédente, et comme on a déjà pu le vérifier un assez grand nombre de fois, les écoulemens séreux par l'oreille annoncent constamment une fracture du rocher. Cependant, pour que ce symptôme ait une valeur décisive, il est nécessaire qu'il s'accompagne des deux conditions que nous avons réclamées pour l'hémorrhagie auriculaire: la persistance de l'écoulement, et la perforation de la membrane du tympan. Mais quelle peut être la source de cette sérosité? Faut-il, comme le pensait d'abord M. Laugier (*Bulletin de chirurgie*, 1840), la considérer comme la sérosité du sang épanché à la base du crâne, ou bien est-ce du liquide qui vient des cavités auditives? Enfin, est-ce du liquide céphalo-rachidien? Le liquide de l'oreille interne est trop peu abondant pour qu'on puisse le faire entrer en ligne de compte; reste donc, comme source de cet écoulement, la sérosité du sang épanché ou le fluide céphalo-rachidien. Cette dernière opinion paraît avoir pré-

valu. Nous pensons cependant qu'on aurait tort de l'adopter d'une manière trop absolue : dans le crâne, comme dans un vase quelconque, le sang se divise, en se coagulant en deux portions, l'une solide et l'autre liquide. Nul doute que la portion liquide s'engage avec facilité dans les fissures ou les fêlures du rocher. Aussi, toutes les fois que la dure-mère est décollée par un épanchement de sang qui a son siége au niveau de la fracture du rocher, et que cette membrane ne présente aucune solution de continuité, ne voyons-nous aucune raison pour attribuer l'écoulement séreux par l'oreille au liquide céphalo-rachidien. L'écoulement de liquide céphalo-rachidien nous paraît donc lié à la déchirure des méninges. Plus cette déchirure sera étendue, plus elle sera voisine des *réservoirs* de ce liquide, et plus il y aura de chance pour voir produire cet écoulement. Un fait tout récent tendrait à faire admettre que le liquide céphalo-rachidien peut s'écouler au-dehors par la fracture, malgré l'intégrité des membranes d'enveloppe du cerveau, et cela par *endosmose*, ou plutôt par imbibition. Nous allons le faire connaître en peu de mots.

Obs. XXI. *Chute sur la tête; fracture de la base du crâne; écoulement séreux très abondant par l'oreille.*— Un jardinier tomba, de 2 à 3 mètres de hauteur, sur la tête. Il ne perdit pas connaissance; mais il lui fut impossible de se relever seul. Un peu de stupeur; lenteur dans les réponses et dans les mouvemens, mais sans paralysie; légère érosion du cuir chevelu, sans gonflement ni bosse sanguine, au centre du pariétal gauche; *une grande quantité de sérosité teinte en rouge coulait par le conduit auditif gauche*; on put en recueillir plus d'une cuillerée à café, en faisant faire au malade un effort comme pour se moucher. Le lendemain, l'écoulement était aussi abondant, mais constitué par de la sérosité incolore et tout-à-fait transparente. Le troisième jour, il

avait un peu diminué; et le quatrième, il humectait seulement un peu le conduit auditif (ce liquide, soumis à l'ébullition, n'a fourni aucun coagulum, tandis que du sérum s'est pris en masse). Le malade succomba, neuf jours après l'accident, à des symptômes d'encéphalite. A la partie postérieure et supérieure de l'hémisphère droit, dans la cavité de l'arachnoïde, épanchement de sang, formant une couche mince de l'étendue de la paume de la main; au niveau de la fosse temporale du côté droit, la dure-mère présentait une petite ecchymose; à-peu-près au même point, dans les couches superficielles du cerveau se trouvait un noyau rouge d'infiltration sanguine; du côté gauche, la dure-mère présentait une teinte ecchymotique, au niveau de l'union de la portion pierreuse avec la portion écailleuse du temporal; *mais, dans aucun point, cette membrane n'offrait la plus petite solution de continuité*. Du même côté, il y avait un caillot sanguin plus large qu'une pièce de cinq francs, dans la fosse temporale, entre la dure-mère et les os; enfin, deux fractures, dont l'une séparait le rocher de la portion écailleuse de l'os temporal, et avait une bifurcation qui coupait obliquement le rocher, de manière à tomber sur le trou auditif interne. La lame inférieure du conduit auditif externe était séparée en totalité du reste de l'os (Bodinier, *Bull. de la Soc. anat.*, 1844).

Tout en admettant que, dans ce dernier cas, l'écoulement séreux était fourni par le fluide céphalo-rachidien, nous n'en conservons pas moins des doutes sur la possibilité de la transsudation des enveloppes membraneuses du cerveau par ce liquide. En admettant l'intégrité de ces membranes, on rend tout-à-fait impossible l'explication d'un écoulement séreux aussi abondant. Pour nous, nous aimons mieux croire qu'une petite éraillure de la dure-mère a échappé à l'œil de l'auteur; et ce qui nous confirme dans cette opinion, c'est qu'il y avait une fracture multiple et presque comminutive du rocher. Or, dans ce cas, il est bien rare qu'il n'y ait pas de déchirure de la dure-même. En résumé, les écoulemens

séreux qui se font par les fosses nasales ou par le conduit auditif externe, à la suite de chutes, de contusions, ou de toute autre cause de même genre, constituent des signes très importans des fractures de la base du crâne. Ils annoncent, en outre, des lésions plus profondes que les hémorrhagies par les mêmes voies. Nous devons cependant reconnaître que la nature et le mode de production de ces écoulemens ne sont pas parfaitement connus, et que ce sujet réclame encore de nouvelles recherches (*Archives générales de médecine*).

Influence de la paralysie sur la consolidation des fractures; par M. Reynaud, de Toulon.

« Le 17 janvier 1844, le forçat Langevin, du bagne de Toulon, âgé de 31 ans, d'une constitution robuste, travaillait à l'empilement des bois dans le port, quand une pièce de bois très lourde le renversa sur le ventre, contusionna fortement la région lombaire et l'abdomen, et, continuant à rouler sur ce malheureux, vint produire une fracture oblique du fémur gauche, à la réunion des deux tiers supérieurs avec le tiers inférieur, et une fracture comminutive des deux os de la jambe gauche à leur partie moyenne.

« Ce condamné fut immédiatement porté à l'hôpital du bagne; il était dans un état fort alarmant. La peau était froide, pâle, le pouls faible, la sensibilité presque éteinte. A l'aide des moyens convenables employés avec persévérance, on parvint à faire disparaître les phénomènes graves de commotion que présentait ce malade, et à arrêter dans leur marche les symptômes de péritonite qui se montrèrent au début, et à la suite de la contusion de l'abdomen. Il resta une paralysie des extrémités inférieures, avec paralysie du rectum et de la vessie, que l'on fut obligé de débarrasser chaque jour des matières qui s'y accumulaient à l'aide du cathétérisme.

« Les fractures furent traitées à l'aide de l'appareil de Scultet; et l'absence de contractions musculaires, ainsi que la docilité du malade, permirent de se borner à l'emploi de cet appareil, qui suffit pour maintenir une coaptation convenable dans la fracture de la jambe. Ce ne fut que plusieurs semaines après l'accident,

lorsque le malade était déjà dans un état tout-à-fait désespéré, que les fragmens de la fracture du fémur chevauchèrent l'un sur l'autre, de manière à donner un raccourcissement sensible au membre.

« Pendant la dernière semaine du mois de janvier et une partie du mois de février, l'état de Langevin s'améliora sensiblement, l'appétit revint, les forces se rétablirent un peu; quelques traces de mouvement de sensibilité reparurent dans les membres inférieurs; la vessie se débarrassa quelquefois seule des urines qu'elle contenait; mais, après plusieurs semaines d'amélioration, des eschares gangréneuses apparurent sur le sacrum et sur la région lombaire, et donnèrent lieu, par leur chute, à une suppuration très abondante. La contractilité de la vessie disparut de nouveau, la fièvre se ralluma, l'amaigrissement fit des progrès rapides, et le malade succomba le 27 mars, soixante-dix jours après son entrée à l'hôpital.

« A l'autopsie, on trouva çà et là dans les poumons *quelques petits abcès circonscrits, remplis de pus bien élaboré; — d'anciennes traces de péritonite; — les parois de la vessie plus dures que dans l'état normal; — la moelle épinière diffluente vers le milieu de la région dorsale, et plus bas convertie en un liquide crémeux.*

« Entre la moelle et ses membranes, et entre celles-ci et le canal osseux vertébral, existe une quantité notable d'un liquide purulent, fétide, qui communique par les trous de conjugaison avec les larges plaies qui ont suivi la chute des eschares des lombes et du sacrum.

« Les muscles de la cuisse sont atrophiés; ils sont infiltrés d'un liquide séro-purulent, dans lequel baignent les deux fragmens du fémur fracturé. Ces fragmens se sont déplacés et chevauchent l'un sur l'autre, de manière que l'inférieur est en arrière et en dedans du supérieur; ils sont réunis entre eux par une masse résistante dans divers points, encore molle et facile à couper dans quelques autres. Cette masse paraît constituée par d'anciens caillots de sang dépouillé presque entièrement de sa matière colorante, dont on ne trouve que çà et là quelques traces. Quelques parties cèdent facilement à l'action du bistouri; d'autres résistent et crient à l'instar de fibro-cartilages; d'autres enfin, plus résistantes encore, offrent des dépôts de petits cristaux calcaires, déposés entre les fibres parallèles du tissu; quelques débris de pé-

rioste entourent ces diverses parties, et présentent des traces d'une vascularisation très prononcée, et un léger commencement d'ossification dans quelques points. Cette espèce de cal rudimentaire occupe surtout le côté par lequel les extrémités osseuses sont en contact, et le déborde un peu en avant et en arrière. Ces extrémités osseuses elles-mêmes sont amincies, et leur canal médullaire presque entièrement oblitéré.

« Les fragmens de la fracture comminutive de la jambe sont dans un état de coaptation parfaite: ils sont entourés d'une matière molle de quelques lignes d'épaisseur seulement, dans laquelle il ne s'est effectué aucun travail de consolidation. Le périoste du tibia est un peu épaissi, et les muscles du mollet sont infiltrés d'un peu de sang. »

Le rédacteur fait les réflexions suivantes : M. Reynaud arguë de l'absence complète du cal dans la fracture de la jambe, pour prouver *l'influence puissante de la paralysie sur la consolidation des fractures*. On pourrait alléguer le travail déjà fort avancé autour de la fracture du fémur pour arriver à une conclusion toute différente ; mais pour étudier un fait en pleine connaissance de cause, il convient d'abord de le mettre en regard des faits analogues. J'ai dit qu'ils étaient fort rares ; voici, en effet, tous ceux que j'ai pu recueillir : j'extrais ce paragraphe du *Traité des fractures et des luxations*, que j'imprime en ce moment.

« La paralysie a certainement une influence dont il importe de tenir compte. Dans un cas rapporté par Travers, il y avait à-la-fois fracture de l'humérus, fracture des vertèbres lombaires avec paralysie, et fracture de la jambe ; la fracture de l'humérus se consolida dans le temps ordinaire, tandis que celle de la jambe ne se réunit point. Tuson a vu, sous l'influence d'une semblable paralysie, la consolidation manquer dans une fracture du péroné, et B. Philippe a constaté, au bout de cinq semaines, dans un cas analogue qui s'était terminé par la mort, que le travail de réparation n'avait pas même commencé. Il ne faudrait pas croire cependant qu'il n'y ait aucune exception à cette règle. Busk a publié dans la *Gazette médicale de Londres*, année 1840, l'histoire d'un homme de 65 ans, paraplégique depuis plus de 20 ans, privé de tout mouvement et de toute sensibilité des membres inférieurs,

et qui pourtant s'étant cassé la jambe gauche, l'avait parfaitement consolidée au bout de cinq semaines. »

Le rédacteur ajoute : On voit que la même contradiction se retrouve dans ces faits, comme nous l'avons signalée dans le fait de M. Reynaud. Faut-il en accuser simplement des idiosyncrasies individuelles ? Mais déjà il en résulterait que l'influence de la paralysie serait toute secondaire, et soumise à ces idiosyncrasies. Peut-être y a-t-il une autre explication à donner ; peut-être la fièvre traumatique, la suppuration, les abcès métastatiques auxquels a succombé le forçat de Toulon, rendent-ils compte en grande partie du retard observé dans la consolidation des deux fractures, sans que nous voulions cependant nier toute influence du côté de la paralysie. Nous le répétons, la question est loin d'être vidée, et il serait à désirer qu'elle fixât l'attention de quelque jeune chirurgien qui, en fouillant plus avant dans les annales de la science, et recueillant un plus grand nombre de faits, arriverait certainement à des conclusions moins douteuses que celles auxquelles nous en sommes encore réduit. (*Journal de Chirurgie.*)

EXTRAITS DES JOURNAUX ETRANGERS,

par M. le docteur GIRALDÈS.

Plaie de l'artère fémorale profonde, par John-Charles HALL, doct.-méd.

Dans la nuit du 31 mars, vers dix heures du soir, on vint me chercher pour aller porter des secours à un homme qui avait reçu des coups de poignard dans une maison publique. A mon arrivée, je trouve le blessé par terre, baigné dans son sang. M. Bren, aide de M. Davies, avait arrêté l'hémorrhagie en comprimant sur le tronc de l'artère fémorale, à l'aide d'une clef. La plaie, longue de 2 pouces, est située à la partie supérieure de la cuisse, et il était facile de voir qu'une grosse artère avait été blessée, et tout d'abord que le tronc de la fémorale avait dû être atteint. Je me suis de suite mis en mesure d'arrêter l'hémorrhagie. En dilatant la plaie, j'ai remarqué que la blessure avait été faite de bas en haut, et que les tissus avaient été peut-être complétement divisés *sous la peau*. J'ai suivi exactement la direction de la plaie ; en en-

levant les caillots, le sang coule doucement; je prie alors M. Bren de cesser la compression, et en même temps un flot de liquide est lancé à travers la blessure. La plaie extérieure est ensuite agrandie; je découvre l'artère fémoral dans le point de sa division en artère fémorale superficielle et profonde; on éponge la plaie avec soin, et je reconnais alors une blessure sur l'artère fémorale, profonde, se continuant dans le tronc de l'artère superficielle; je lie de suite le tronc fémorale au-dessus et au-dessous de la lésion, et une troisième ligature est jetée et serrée sur l'artère profonde au-dessous du point entamé: ces trois ligatures arrêtèrent l'hémorrhagie. Pendant l'opération, le malade perdit peu de sang, la plaie est essuyée et réunie par quelques points de suture et par des bandelettes agglutinatives. Le malade est couché, on lui donne un peu d'eau-de-vie avec de l'eau, il s'affaiblit de plus en plus, et meurt le lendemain à deux heures, onze heures après la blessure.

A l'autopsie on trouve l'artère profonde et la fémorale blessés. L'instrument, dont la longueur est de 6 pouces, avait pénétré de bas en haut entre l'artère fémorale, et la fémorale profonde (*London, Medical Gazette, april*, 1844).

Anévrysme de l'artère poplitée chez un enfant. Ligature de l'artère fémorale, par le professeur Syme, d'Édimbourg.

David Dand, enfant âgé de 9 ans, bien portant, est entré le 19 février à l'hôpital, pour un anévrysme de l'artère poplitée. La tumeur en question s'est développée sous les muscles jumeaux, et augmente de beaucoup le volume du mollet; elle est le siége de pulsations. Une compression modérée sur la tumeur ou bien sur l'artère fémorale en diminue le volume. Cette maladie a commencé il y a deux ans, le jeune malade n'a pas été incommodé par sa présence; ses parens, voyant le mal augmenter, se décidèrent à réclamer les secours de l'art. L'artère fémorale a été liée le 24; les pulsations dans la tumeur cessent aussitôt, et l'anévrysme diminue de volume. A sa place, on rencontre une tumeur dure formée par les caillots; la ligature tombe le 4 mars, quatorze jours après l'opération, et le petit malade est sorti guéri le 21 du même mois (*Edimb., Lond. and Ed. Month. journ.*, octobre 1844).

Tumeur cancéreuse du cou. Erreur de diagnostic. Ligature de l'artère carotide, par M. O. Reilly, de Dublin.

John M' Manus, âgé de 44 ans, ouvrier, d'une constitution faible, entre à l'hôpital de Jervis-street, le 5 juillet 1844.

Ce malade porte dans la région du cou, du côté droit, une tumeur du volume d'un œuf de dinde ; cette tumeur occupe la partie supérieure et profonde de la région indiquée : elle pousse en dedans les amygdales. Des battemens très évidens s'observent dans toute son étendue, ces pulsations disparaissent par la compression de l'artère carotide au-dessous du mal ; néanmoins, son volume n'est pas diminué. La peau de la région affectée est dans son état normal ; la consistance de la tumeur est molle, peu élastique. Il y a deux ans que la maladie commença, et depuis elle a toujours augmentée, sans occasionner beaucoup de mal. Cette maladie est regardée comme étant un anévrysme de l'artère carotide externe. La ligature du tronc de la carotide est décidée et pratiquée le 20 juillet suivant, en présence de plusieurs praticiens, suivant le procédé ordinaire ; après l'opération on prescrit au malade une potion opiacée.

Le 21, le malade a bien dormi ; vers deux heures il s'est réveillé pour uriner. Quelque temps après, il paraît frappé d'une attaque d'apoplexie ; la respiration est stertoreuse, le pouls petit, les pupilles sont dilatées, et les extrémités froides et insensibles ; des sinapismes sont appliqués sur l'abdomen et aux pieds, des ventouses scarifiées à la nuque, et des applications froides sur la tête. A l'aide de ces différens moyens, on parvient à amender cet état, à réveiller un peu le malade. Le 25, il est pris de dévoiement, et continue dans cet état jusqu'au 29, jour de sa mort.

Autopsie. — L'artère carotide droite est saine dans toute son étendue, excepté dans le point serré par la ligature ; la tumeur qu'on croyait appartenir au vaisseau, est une masse cancéreuse dont une partie s'est développée entre la bifurcation de l'artère carotide (*Dublin, Medical Press*, octobre 1844).

Corps étranger dans les voies aériennes.

Le docteur Houston communique à la société de chirurgie d'Irlande l'observation suivante : Dolly Kelly, âgé de 16 ans, entre le

15 mars 1841, à l'hôpital de Dublin. Il y a près d'un mois que l'accident qui amène cette fille à l'hôpital est survenu : Elle avait dans sa bouche un morceau de bois, quelques propos de ses camarades l'excitèrent à rire, et pendant cet accès, le corps en question est avalé, elle est prise immédiatement d'un violent accès de toux, et pendant près d'une heure, Kelly éprouve dans la gorge une douleur que la pression augmente; sa voix est enrouée et plusieurs accès de toux se reproduisent toutes les fois que la malade se baisse, ou se tourne sur le côté; pendant une semaine ces symptômes se renouvellent, au bout de ce temps la douleur se déplace et se porte à la partie supérieure du sternum. Dans l'origine, la malade avait craché un peu de sang; pendant la seconde semaine sa voix était devenue à peine distincte, quelques linimens sont employés et améliorent son enrouement ; enfin, le médecin qui la soignait, après avoir sondé l'œsophage, acquit la certitude que le corps étranger n'était point logé dans le pharynx ou dans l'œsophage.

La malade nous rapporte que le corps étranger en question avait la longueur d'un pouce, et était gros comme une grosse paille, qu'il était formé à chaque bout par deux espèces de têtes aplaties. Voici maintenant ce qu'on observe à son arrivée à l'hôpital : la voix est faible et enrouée, l'enrouement est plus fort toutes les fois que la malade parle haut, elle est claire et argentine lorsqu'elle parle bas. La toux est fréquente, quelquefois elle est accompagnée de douleurs, comme si une épingle lui piquait le gosier. La toux est également excitée par les mouvemens d'abaissement de la tête, ou bien toutes les fois qu'elle la tourne de côté ; la pression dans la région du cou ne détermine aucune douleur. Pendant la nuit la malade est prise d'accès de toux très violente, accompagnée d'inspirations sifflantes, le râle trachéal est âpre, sibilant et muqueux. Les moindres efforts excitent ces bruits ; la percussion de la poitrine donne un son clair des deux côtés, on y entend également un râle muqueux.

Si la malade parle, si elle baisse la tête, ou bien si elle exécute le moindre effort qui accélère la respiration, la toux se renouvelle, la face s'injecte, les veines du cou sont distendues, et les yeux sont saillans, l'asphyxie enfin paraît éminente ; tous ces accidens se

calment immédiatement, si la malade avale un peu de liquide.

Le 19 mai. Je pratique la trachéotomie. La trachée est mise à découvert, et soulevée, à l'aide d'une érigne, et j'enlève avec des ciseaux un morceau des anneaux de la trachée, l'opération n'a pas duré une minute. Au même instant un violent effort de respiration chasse par la plaie du mucus écumeux, mêlé de sang; après deux ou trois accès, la respiration devint plus calme, et la malade croit que le corps étranger a été rejeté par la plaie. Dans le but d'explorer les voies aériennes et de reconnaître la position du corps en question, j'introduis par la plaie une sonde d'argent, et j'examine la partie supérieure du larynx, et la partie inférieure des bronches, aussi loin que possible, sans rien rencontrer. Dans la soirée je procède à un nouvel examen, également sans résultat. Le malade avait encore quelques accès de toux, à la vérité moins fréquens et moins forts; toutes les fois qu'on passait la sonde du côté du larynx, elle n'éprouvait pas beaucoup de gêne; tandis que l'introduction de l'instrument dans la partie inférieure, devenait très pénible et même l'emploi d'une pince pour extraire le corps étranger eut été impossible. La plaie est couverte d'un linge. Le 20, la toux est très forte, fièvre. Le 30, presque tous les symptômes ont disparu, la plaie est presque guérie, juillet 4, (15 jours après l'opération). Les symptômes qu'on observait à l'entrée de la malade, rarement avec beaucoup plus d'intensité et cette recrudescence a été déterminé par l'exposition de la malade à un air froid. Ces symptômes, au reste, sont plutôt ceux d'une laryngite que les signes d'une inflammation de la trachée. Quelques médecins considéraient même ce cas comme une simple laryngite; des sangsues sont appliquées sur la gorge ainsi que des vésicatoires. Du mercure est donné à l'intérieur 12 juillet; la voix est redevenue sonore; 15, pendant un accès de rire la malade est subitement prise d'un paroxysme de toux, qui dure une heure, et elle y expectore un peu de sang.

Août 2. La voix est nette, la malade étant en bon état, je lui permets de partir pour la campagne; trois semaines après, dans un accès de toux qui faillit la suffoquer, la malade rejette le corps étranger, qui était logé dans les voies aériennes, ce corps étranger est une cheville en bois terminée par une tête. A cette intéressante

observation se trouve joint un dessin du corps étranger : ce corps est long de 4 centimètres, et offre 2 millimètres d'épaisseur à une partie supérieure, il est terminé par une tête taillée à pans, d'un centimètre de diamètre (*Dublin, Journal of med. science*, juillet 1844).

CHRONIQUE DES CHIRURGIENS.

On se rappelle peut-être que M. Malgaigne eut l'obligeance de me faire savoir que la spatule canelée ne m'appartenait pas; alors la reconnaissance me porta à lui faire connaître la vraie source d'une de ses doctrines par une citation très exacte. M. Malgaigne a cru que je m'étais tout simplement cité moi-même, et voici avec quels ménagemens il fait part à ses lecteurs du larcin que j'aurais voulu commettre à son préjudice.

« M. Vidal, par une modestie exagérée, n'a pas nommé l'auteur de ce livre; mais nous, qui n'avons pas le même motif de nous taire, nous reconnaissons volontiers à notre collègue la propriété de la phrase qu'il en a extraite et qu'il a même un peu corrigée comme c'était son droit. Nous trouvons, en effet, entre cette doctrine et la nôtre, non pas une petite, mais une très grande ressemblance; disons mieux, c'est notre doctrine, sans nulle difficulté. Nous sommes donc flatté que M. Vidal ait accordé dans son livre cette petite mention à l'une de nos doctrines : c'est un devoir pour nous de l'en remercier, mais nous aurions été plus flatté encore s'il avait bien voulu avertir ses lecteurs qu'il l'avait puisée dans un de nos ouvrages un peu moins moderne que le sien. »

A ce charmant petit article j'ai répondu par ce simple billet :

« Mon cher collègue,

« Les quelques mots par lesquels vous voulez bien répondre à ce que j'ai dit relativement à la source de la doctrine sur les ruptures musculaires, prouvent que vous êtes tombé dans une

erreur dont vos profondes connaissances historiques auraient dû vous préserver. Vous avez imaginé que je voulais vous ravir une de vos plus belles doctrines pour me l'approprier. Je croyais, mon cher collègue, avoir prouvé, plus d'une fois, que je ne faisais pas de la critique chirurgicale à mon profit. La perte d'une spatule n'a pas changé ma conduite à cet égard et mon livre est là pour prouver si j'ai su reconnaître les emprunts faits au vôtre. Mais je ne pouvais vous attribuer ce qui est du domaine public. La phrase, en question, n'est pas extraite de mon livre, mais bien de celui de Delpech; je la répète: « c'est pendant la contraction du muscle dont il dépend qu'un tendon peut être rompu. Il paraît, au contraire, que c'est pendant l'action de leurs antagonistes ou d'une force étrangère opposée que les muscles se laissent déchirer, etc. (*Maladies réputées chirurgicales*, tome 1, p. 184 et suiv.). « La même idée est reproduite, comme monnaie courante, dans mon livre, mais en d'autres termes. Ainsi, mon cher collègue, si vous persistez à dire *c'est notre doctrine*, vous vous trouverez dans la singulière nécessité d'expliquer comment Delpech a pu vous dépouiller, en 1816, d'une doctrine à laquelle vous n'avez donné le jour qu'en 1838.

« Je ne terminerai pas sans vous remercier de ce que vous dites de ma *modestie exagérée* : vous êtes assez connaisseur, en ce genre, pour qu'on vous croie sur parole.

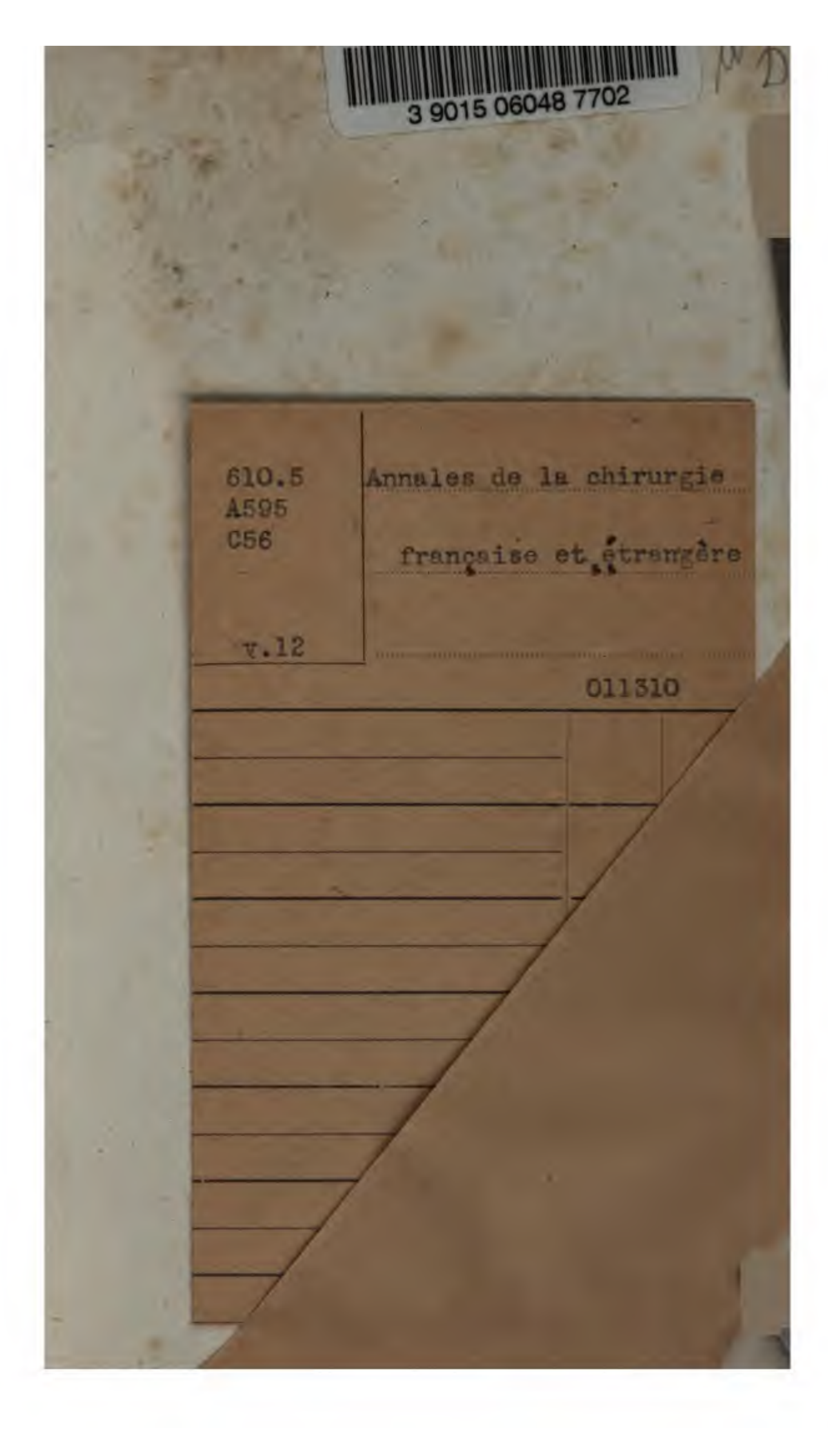
« Je tiens, mon cher collègue, à l'insertion de cette lettre dans votre prochain cahier. Je serais désolé de laisser croire plus longtemps que j'aie pu commettre ce *détournement* littéraire, car je n'étais pas né quand on a conçu la première pensée de troubler cette source d'une de vos gloires.

« Votre dévoué collègue, VIDAL (de Cassis). »

VIDAL (DE CASSIS), *Rédacteur principal.*

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU DOUZIÈME VOLUME.


3 9015 06048 7702
610.5
A595
C56
v.12
Annales de la chirurgie
française et étrangère
011310

